

# グループホームはもれび入居申請書

申請日 令和 年 月 日

1. 入居希望者氏名	フリガナ -----
2. 入居希望者住所	
3. 生 年 月 日	M・T・S 年 月 日(満 歳)
4. 現時点での介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
5. ケアマネ情報	担当ケアマネ ----- 事業所名 -----
6. 現況について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている 施設又は病院名( )
7. 主治医について	医師名 ----- 医療機関名 ----- TEL.....
8. 医療の状況	病歴(現病名：.....) (既往歴：.....) <input type="checkbox"/> 経管栄養( ) <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> その他感染症( )
9. 申請者氏名	
10. 申請者住所	〒-----
11. 電話番号 (日中連絡時)	① ②
12. 日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症(ひどい・軽い) <input type="checkbox"/> 特筆すべき行動( ) <input type="checkbox"/> 同じ話を何回もする <input type="checkbox"/> すぐ前にあったことを忘れる <input type="checkbox"/> 季節や時間の感覚が分からない <input type="checkbox"/> 場所が分からない <input type="checkbox"/> 家族の顔がわからない <input type="checkbox"/> 知人の顔が分からない <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 今までしていた事ができない <input type="checkbox"/> 判断能力が低下している <input type="checkbox"/> 食事の仕方が分からない <input type="checkbox"/> 排泄の仕方が分からない <input type="checkbox"/> 些細なことに興奮する <input type="checkbox"/> 怒りっぽい <input type="checkbox"/> 昼夜逆転がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 妄想的な言動がある <input type="checkbox"/> 会話がなりたたない
	<input type="checkbox"/> 聴力に問題が有る 具体的に----- <input type="checkbox"/> 視力に問題が有る 具体的に-----
	歩行・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用 食事・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ( ) 入浴・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ・・・ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 トイレ・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
13. 連絡事項	他の施設に入所(居)された場合やキャンセルする場合はご連絡をお願いします。 電話番号 0235-57-5200 ※申し込みはファックスでも可 fax 0235-57-5202