

①グループホームプリランテ明石 ご利用申込書

平成 年 月 日

お申込者	ふりがな		続柄	性別	生年月日
	氏名			男・女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
	住所	〒 _____ 電話 - - 携帯電話 - -			

ご利用者様	ふりがな		性別	生年月日	
	氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)	
	住所	〒 _____ 電話 - -			
	介護保険 認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	介護保険 被保険者番号		
	介護度	要支援	要介護		健康保険証番号
		支2	1・2・3・4・5		
居宅介護支援事業所		ケアマネジャー		電話番号 - -	

ご家族構成	ご家族氏名	性別	年齢	続柄	同・別居	介護者	備考
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		
		男・女			同・別		

(◎主介護者 ○補助介護者 ※上記介護者欄に記入)

生活状況	<input type="checkbox"/>	独り暮らし		
	<input type="checkbox"/>	同居	(誰 _____)	在宅かかりつけ医
	<input type="checkbox"/>	入院中	(病院名: _____) 年 月より入院中	主治医等
	<input type="checkbox"/>	施設入所中	(施設名: _____) 年 月より入所中	主治医等

申し込み理由	
--------	--

※この用紙(うらおもて)に必要事項をご記入のうえ、介護保険証のコピーを添えてお申し込みください。

②ご利用者の心身状況

項目	状況 (□にチェックしてください)	特記事項 (項目に関する困りごとなど)
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 見えない	(眼鏡 有・無)
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 少し遠い <input type="checkbox"/> 聞こえない	(補聴器 有・無)
麻痺・拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
主な疾病 (病名をご記入 ください)		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
移動	<input type="checkbox"/> 歩行可能 (自立・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (自分で操作 できる・できない)	
食事	<input type="checkbox"/> 1人で食べられる <input type="checkbox"/> 飲み込み問題なし <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 飲み込みできない	(義歯 有・無)
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()	
着替え	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> 介助が必要	
入浴	<input type="checkbox"/> 1人で入れる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 (一部・全面)	
排泄	<input type="checkbox"/> 1人でできる <input type="checkbox"/> トイレ誘導が必要 <input type="checkbox"/> 手を貸せばできる <input type="checkbox"/> オムツ交換	
嗜好品	<input type="checkbox"/> お酒 <input type="checkbox"/> たばこ <input type="checkbox"/> その他()	
趣味		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない	
周辺症状 (問題行動)	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ----- (有の場合) <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 性的行為) <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他	

貴グループホームへの入所を申し込みます。
また、本申し込み書①、②の記載事項に相違ありません

平成 年 月 日

利用者氏名 ㊟

申込代理者氏名 ㊟

③診療情報提供書

社会福祉法人 山輝会
グループホーム ブリランテ明石

ふりがな		男 女	生年月日	
氏名			明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
既往歴・発症年月日				
現在の病状・治療の概要				
処方内容				
入所に関する主治医の意見				
アレルギーの有無	無 ・ 有 ()			
身体状況	運動障害 無 ・ 有 ()	:	視力障害 無 ・ 有 ()	
	言語障害 無 ・ 有 ()	:	聴力障害 無 ・ 有 ()	
日常生活自立度	J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2			
認知症状態	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
周辺症状(問題行動)	無 ・ 有 (徘徊 ・ 不穏 ・ 暴力 ・ 自傷行為 ・ 不潔行為 ・ その他)			
周辺症状(精神状態)	正常 ・ 不安 ・ うつ ・ 興奮 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 睡眠障害 ・ その他			
血圧	/	心電図	異常なし ・ 異常あり	
胸部レントゲン所見				
血液検査	実施日: 年 月 日	※血液検査・感染症検査のデータを添付してください。		
感染症	HCV ・ HBS ・ MRSA ・ 疥癬 ・ 結核 ・ その他			
褥瘡	無・有 部位() 程度() 大きさ() 処置()			
その他	平成 年 月 日 医療機関名 所在地 電話 医師氏名 ㊟			

この意見書は当グループホームへ入所するための判定資料にさせていただきます。
誠に恐縮ですが、ご高配のほどよろしくお願ひいたします。