

利用・入居申込書

☐ 小規模多機能センター ☐ 看護小規模多機能センター ☐ グループホーム
☐ 緑井 ☐ 落合南 ☐ 川内 ☐ くちた ☐ 緑井 ☐ 落合南
 ☐ 川内 ☐ くちた

申込日 令和 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日				年	月	日	歳
氏名											
現住所	〒			広島市			区			TEL	
介護認定	1 申請していない 2 申請中 3 認定を受けている 要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5										
	被保険者番号：生活保護：有 ・ 無										
生活状況	1 ・家族と同居 2 ・老人世帯 3 ・独居 4 ・独居で身よりなし 5 ・※ 施設入所中/ 入院中										
	※施設入所中/入院中の場合：(施設・病院名)										
主治医							科		医師		
	住所						TEL				
その他の医療機関							科		医師		
その他の医療機関							科		医師		
医療状況	1 インシュリン 2 酸素療法 3 人工透析 4 人工肛門 5 その他()										
	(治療中の病気)						(既往歴)				
	年 ~						歳頃				
	年 ~						歳頃				
	年 ~						歳頃				
申込み申請者 (ご家族・後見人等の連絡先)											
連絡先	氏名						続柄				
	住所										
	TEL					携帯					
居宅介護支援事業所											
事業所名											
住 所											
連 絡 先		TEL: / FAX:									
担 当 者											

利用・入居希望者状況

項目		ご本人の状況					
身体 の 状 況	移動	☐ 歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他()					
		☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	排泄	☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ カテーテル					
		☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	食事	☐ 常食 ☐ きざみ食 ☐ ペースト食 ☐ その他()					
		☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	入浴	☐ 入浴 ☐ シャワー浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ その他()					
		☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	寝返り	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	立上がり	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	立位	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
	座位	☐ できる ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他()					
視力	☐ 見える ☐ 見えにくい ☐ 見えない	眼鏡	☐ 有	☐ 無			
聴力	☐ 聞こえる ☐ 聞こえにくい ☐ 聞こえない	補聴器	☐ 有	☐ 無			

精神面の状況	認知症診断の有無		※ ありの場合	
	あ り ・ な し		診断名：	
	物忘れ	☐ ある ☐ たまにある ☐ ない		
	昔の事を覚えている	☐ 覚えている ☐ たまに覚えている ☐ 覚えていない		
	新しいことを覚えられる	☐ 覚えられる ☐ たまに覚えられる ☐ 覚えられない		
	日時(季節)がわかる	☐ わかる ☐ たまにわかる ☐ わからない		
	場所がわかる	☐ わかる ☐ たまにわかる ☐ わからない		
	人がわかる	☐ わかる ☐ たまにわかる ☐ わからない		
	生活上問題となる行動	☐ 無 ☐ 徘徊 ☐ 外出し迷子になる ☐ 昼と夜と様子が変わる ☐ 夜騒ぐ ☐ 物を盗られたと思い込む ☐ 間違ったことを思い込む ☐ 大声を出す ☐ 実際にないものが見えたり、聞こえたりする ☐ 同じことを何度も話す ☐ 怒りっぽい ☐ 暴力を振るう ☐ 不潔になっても無関心 ☐ オムツを外したり排泄物を触る ☐ 食べ物以外を口にする ☐ 意欲がない ☐ その他()		

在宅サービスの利用状況	☐ ホームヘルパー(週 回) ☐ 訪問看護(週 回) ☐ デイサービス・デイケア(週 回) ☐ 訪問入浴(週 回) ☐ ショートステイ(月 日) ☐ その他()
-------------	---