

利用申込書

平成 年 月 日

グループホーム
新別府・大学通り一燈園 管理者 殿

申込者 (連絡先)	〒	住所	
		氏名	印
	電話	—	携帯
	続柄		
	職業(勤務先)		

下記の通り、グループホーム 大学通り一燈園を利用したいので申し込みます。

1. 利用者希望者の氏名・住所

フリガナ		生 年 M T S		
氏 名		月 日	年 月 日	歳
		性 別	男 ・ 女	
現 住 所	〒	—		
		電話		

2. 現在の状況・病名・同居家族

現在の所在	在宅(通院中)	入院中	入所中
	病院または施設名 _____		
病 名	1.	2.	3.
家族の状況	独居	老人夫婦	息子夫婦 娘夫婦 その他()

3. 入所希望の理由(今困っていること等)

理 由		要介護度区分 (該当する物に○)
		要支援1・2 要介護1・2・3・4・5
		認定年月日
		平成 年 月 日
		認定の有効期間
		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
	介護保険被保険者番号	
	0 0 0 0	

※ 添付書類・・・主治医の診断書(別紙) ・ 身体及び精神等の状況調査書(別紙)
※ 注意事項・・・お申し込みの際、介護保険被保険者証の確認をさせていただきますので利用申込書と共に被保険者証をご持参ください。

身体及び精神等の状況調査票

平成 年 月 日 記入

氏名		男・女	生年月日	MTS	年 月 日(歳)
住所				TEL	— — —
緊急連絡先				TEL	— — —
心身の状況	1. 麻痺の有無 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢 ・ その他()				
	2. 拘縮の有無 肩 ・ 肘 ・ 股 ・ 膝 ・ 足 ・ その他()				
	3. 視力 普通 ・ 少し見える ・ 見えない ・ 眼鏡(有 ・ 無)				
	4. 聴力 普通 ・ 少し聞こえる ・ 耳元で大声 ・ 聞こえない ・ 補聴器(有 ・ 無)				
	5. 言語 普通 ・ 少し分かりにくい ・ ほとんど分からない ・ 分からない				
	6. 身障手帳 無 有 (障害名: 種 級)				
	7. 精神障害 精神障害 (有 ・ 無) 認知症による周辺症状 徘徊 被害妄想 認知症 (有 ・ 無) 収集癖 大声を出す 夜間せん妄 異食 不潔行為 介護に抵抗 落ち着きがない その他()				
	8. 知的側面 物忘れ (重 ・ 中 ・ 軽 ・ 無) 見当識障害 (場所 ・ 時間 ・ 人物 ・ 無)				
	9. コミュニケーション(意思の疎通) できる ・ ときどきできる ・ ほとんどできない ・ できない				
	10. 対人関係 内気 ・ 活発 ・ 普通 ・ 無表情 ・ その他()				
介護の程度	1. 起きあがり 自力 ・ 一部介助 ・ 全介助				
	2. 歩行 自力 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 老人カー ・ 車いす(介助:要・不要) ・ リクライニング				
	3. 排泄 自力 ・ 誘導 ・ 尿器 ・ ポータブル ・ (昼・夜) ・ リハパン ・ オムツ(夜のみ・昼夜)				
	4. 食事 自力 ・ 一部介助(はし・スプーン・自助具) ・ 全介助 ・ 経管栄養 ・ (鼻腔・胃ろう)				
	5. 入浴 自力 ・ 一部介助 ・ (一般浴・機械浴) ・ 全介助(機械浴)				
	6. 着脱衣 自力 ・ 一部介助 ・ 全介助				
摂食備考	口腔状態 良 ・ 悪() 義歯(上 ・ 下 ・ 両方)				
	主食 (普通 ・ 軟 ・ かゆ ・ ミキサー) 副食(普通 ・ きざみ ・ ミキサー) 嚥下状態 良 ・ やや悪 ・ 悪 アレルギー 無 ・ 有 () その他 たばこ1日 本 酒()				