

入 所 申 込 書

社会福祉法人聖アンナ福祉会
グループホームたかお
理 事 長 殿

グループホームたかおの入所の申し込みをします。

理 由	

要介護度： 要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5

令和 年 月 日
担当ケアマネージャー

_____	氏名
_____	住所
	身元引受人氏名 ㊞
	身元引受人住所
	続柄
	電話番号
	携帯電話番号
	勤務先名
	勤務先電話番号
	勤務先住所

※当事業所が知りえた個人情報については、正当な理由がある場合を除いて、第三者に漏らすことはありません。

ご入所申込者状況シート(現在の状態をお知らせください)

No. 1

令和 年 月 日

ご入所予定者 様

ご家族 様

ご記入者 様

要介護度		要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認知症老人の日常生活自立度		正常	I	II a	II b	III a	III b IV M
食事	種類	主食()		副食(普通・やわらかめ・きざみ食・超きざみ食・ミキサー)			
	介助	自立	一部介助	全介助	自助具()		
歯の状態		自分の歯		部分入れ歯	総入れ歯		
排泄		自立	全介助				
		お困りのこと					(尿失禁・便失禁)
起立		自立	一部介助	全介助	手すりなどを利用している	その他()	
歩行		自立	一部介助	全介助	車椅子使用	その他()	
入浴		自立	一部介助()			全介助	
着脱		自立	一部介助()			全介助	
聴力		正常	大きな声で聞こえる	ほとんど聞こえない	聞こえない補聴器	(有・無)	
視力		正常	低下(右・左・両方)			見えない	めがね (有・無)
睡眠		良眠	浅い眠り	不眠症	睡眠薬あり		
健康状態		良好	大病はないが体は弱い		病気がちである		
既往歴							
現在かかっている病気							
かかりつけ医		病院名					
		住所			電話番号		
内服薬							
アレルギー		なし	あり(食べ物		薬	他()	
身長・体重		身長	cm	(測定日	年	月)	体重 kg (測定日 年 月)
意思表示		正常	基本的欲求のみ		困難		
話の理解		正常	まれに理解		困難		
運動障害		なし	軽度麻痺(部位		片麻痺(部位	全麻痺	
精神機能		正常	意欲の低下()				

認知症	アルツハイマー型認知症	脳血管性認知症	その他()
	物忘れ 場所がわからない	昼夜逆転 興奮	幻覚
	妄想(物取られ・被害) 暴言	暴力 徘徊	火の不始末 物を集める
	その他()		
皮膚状態	湿疹 (有・無) 部位()		
	かゆみ (有・無) 部位()		
	床ずれ (有・無) 部位()		
	水虫 (有・無) 部位()		
ご家族の同意	全員同意 一部同意		
今まで大切にされていたものや事柄			
好きな活動・趣味			

ホームにご入所にあたって、ご要望があればご記入ください。