

- グループホーム陽だまり日輪荘
- グループホーム福寿荘
- サービス付き高齢者向け住宅サンライズ吹上

入居申込書①

令和 年 月 日

申込者(手続きに来られた方)

連絡先(今後の連絡及び郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます)

ふりがな		続柄		住所	〒 -
氏名					
電話番号		携帯番号			

施設に入居したいので申し込みいたします。

ふりがな		性別		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
住所	〒 -			電話番号	
介護保険情報	要支援() 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中			被保険者番号	
認定有効期間	令和 年 月 日 から	健康保険	種別		記号番号
	令和 年 月 日 まで	年金等	種別		
現況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院・入所中→	病院・施設の名称			
		入院・入所期間	年 月 日 ~		
生活歴	元職・職業歴	趣味・特技			
	性格的特徴	こだわり・習慣			
	苦手・タブー事項				
心身状態・リスク評価	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歩行補助用具:() <input type="checkbox"/> 歩行の不安定さがある <input type="checkbox"/> 認知症による判断力の低下が見られる <input type="checkbox"/> ふらつきを伴う薬剤を服用している <input type="checkbox"/> 段差や手すり不足など、住環境に課題がある <input type="checkbox"/> 過去1年以内に転倒歴がある → <input checked="" type="checkbox"/> の場合は、転倒歴アセスメントも記入			
		過去の転倒経緯 (いつ・どこで・どのように)			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (オムツ使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時			
	食事	食事形態 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他 (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他			
嚥下状態リスク		むせ込みの頻度 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 毎食ある 口腔衛生状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良 嚥下反射の状態 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや遅延 <input type="checkbox"/> 遅延 <input type="checkbox"/> 歯あり <input type="checkbox"/> 歯なし <input type="checkbox"/> 総入れ歯 <input type="checkbox"/> 居所義歯			
施設提供判断(職員記入)		(食事制限・トロミの必要性・食事提供に関する特別事項を記入)			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲				
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴				
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> ほとんど通じない				
認知症レベル	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中等度 <input type="checkbox"/> 重度				
行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 不穏状態 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()				
【介護している上で困っていること等】					

入居申込書②

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	主な病名					
	主治医					
	特記事項					
	法人内クリニック受診	<input type="checkbox"/> 受診済み <input type="checkbox"/> 受診予定 <input type="checkbox"/> 未実施				
感染症確認項目	<input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> その他 ()					
アレルギー詳細	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (対象: 症状:())				
	薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (対象: 症状:())				
【任意】終末期に関する意向	看取り方針	<input type="checkbox"/> 延命治療を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未定				
	緊急搬送先	希望病院: () <input type="checkbox"/> 法人クリニック担当医に一任				
入所理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きき十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()					
家族状況	氏名	年齢	続柄	同居	別居の場合	
				別居	住所	電話番号
身元引受人①(保証人)						
ふりがな氏名		続柄	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -				電話番号	
					携帯番号	
勤務先		勤務先住所			勤務先番号	
身元引受人②						
ふりがな氏名		続柄	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -				電話番号	
					携帯番号	
勤務先		勤務先住所			勤務先番号	

入居申込書③

入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> _____ 年 _____ 月までには入居したい		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 (_____)		
担当ケアマネ	事業所名	_____	担当氏名
介護サービス 利用状況	利用しているサービス		利用頻度
	_____		_____
	_____		_____
	_____		_____
特記事項	_____		
■転倒歴アセスメント			
①過去3カ月の転倒歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 回)			
・発生時期: _____ 場所: <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 廊下 <input type="checkbox"/> 食堂 <input type="checkbox"/> 屋外 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
・時間帯: <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕 <input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 不明			
・状況、原因: _____			
・怪我の有無: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容: _____)			
②過去1年の転倒歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____ 回)			
・特徴(繰り返し、特定場面など): _____			
③骨折歴(過去1年以内) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・部位 _____ (例: 大腿骨・手首など) ・時期: _____			
④転倒に関するリスク要因(該当チェック)			
<input type="checkbox"/> 歩行不安定			
<input type="checkbox"/> ふらつき・めまい			
<input type="checkbox"/> 筋力低下			
<input type="checkbox"/> 視力低下			
<input type="checkbox"/> 認知症・判断力低下			
<input type="checkbox"/> 夜間トイレ頻回			
<input type="checkbox"/> 薬の影響(睡眠薬・降圧剤など)			
<input type="checkbox"/> 環境要因(段差・滑りやすい床など)			
<input type="checkbox"/> その他 (_____)			
⑤総合評価(職員記入)			
<input type="checkbox"/> 転倒リスク低い <input type="checkbox"/> 転倒リスクややあり <input type="checkbox"/> 転倒リスク高い			

※その他必要書類として、介護保険証・負担割合証・お薬手帳をご準備ください。

【個人情報の取り扱いについて】ご記入いただいた個人情報は、入居判定および入居後の適切な介護サービス提供の目的以外には使用いたしません。

受付日	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日	受付者	_____	受付番号	_____
-----	----------------------------	-----	-------	------	-------