

グループホームなごみ 入居申込書・基本情報シート

◆入居を希望されるご本人

フリガナ氏名		性別	
住所	(—)		
生年月日	M · T · S 年 月 日	年齢	歳

※介護保険証をご確認ください

要介護度		有効期間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日
被保険者番号		保険者 (市町村名)	市 · 区 町 · 村

現状	<input type="checkbox"/> 現住所に一人で暮らしている
	<input type="checkbox"/> 現住所で家族で暮らしている
	<input type="checkbox"/> 病院に入院している
	<input type="checkbox"/> 老健などの施設に入っている

◆代理人の方(入居相談に関する連絡先)

フリガナ氏名		ご本人との続柄	
生年月日	S · H 年 月 日	年齢	歳
住所	(—)		
連絡先①	()	自宅・携帯・勤務先	
連絡先②	()	自宅・携帯・勤務先	

◆その他の連絡先

氏名	続柄	住所	電話番号

★裏面もご記入ください

◆ご本人のご様子

当てはまる内容に○印をつけて下さい。

移動	屋内	何も使わずに歩ける・杖や歩行器を使用して歩ける・車いす・その他()					
	屋外	何も使わずに歩ける・杖や歩行器を使用して歩ける・車いす・その他()					
	転倒歴	有・無 →有の場合 骨折歴 有(骨折部位・時期)・無					
食事	形態	普通・細かく刻む・ミキサーにかける・経管栄養					
	介助	一人で食べられる・一部介助・全介助					
		ムセ込み(有・無)					
	アレルギー等						
排泄	日中	一人でトイレに行く・介助でトイレに行く・ポータブルトイレ利用・オムツ対応					
	夜間	一人でトイレに行く・介助でトイレに行く・ポータブルトイレ利用・オムツ対応					
入浴	現状	自宅で入浴⇒(一人で入られる・介助で入られる)・施設で入浴					
		入浴回数	週	回			
	入浴拒否	なし・時々みられる・強くみられる					
	注意事項	(高血圧、皮膚疾患など)⇒					
使用している補助具		義歯(上・下)、補聴器、メガネ、装具					
認知症 症状	被害的訴え・暴力行為・暴言・徘徊・不潔行為・不眠・異食・幻覚 その他()						
医療情報	病歴						
	かかりつけ 医	(医療機関名)			(電話番号)		
		(医師名)			(受診科)		
	服薬内容	(医療機関名)			(電話番号)		
		(医師名)			(受診科)		
身長	cm		体重	kg			
生活状況	生活リズム	起床	時頃	就寝	時頃	入浴	時頃
	趣味・特技など						
	生活の様子(日中の過ごし方、夜間の様子など)						
特記事項	介護でお困りの事など、ご記入ください。						