

かえつ福祉会
グループホームあがうら^{なごみ}和 入居申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

入居希望者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名 (歳)		生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 生		
	住所 〒 -		電話番号			
申込者 (代理人)	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	氏名		続柄			
	住所 〒 -		自宅電話番号			
			携帯電話番号			
			勤務先			
申込理由（申込時の状況等）						
緊急時連絡先	第1連絡	氏名			続柄	
		住所 〒 -			自宅電話番号	
					携帯電話番号	
	第2連絡	氏名			続柄	
		住所 〒 -			自宅電話番号	
					携帯電話番号	
同居者	氏名		年齢	続柄	職業（勤務先・電話番号）	
介護保険	要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 2	要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
	ケアマネジャー	氏名	事業所		電話番号	
	利用中のサービス	事業所名		回/週	利用中のサービス	事業所名 回/週
	<input type="checkbox"/> 通所（デイ）				<input type="checkbox"/> 訪問介護	
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ				<input type="checkbox"/> 訪問看護	
	<input type="checkbox"/> 短期入所				<input type="checkbox"/> その他 ()	

健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他 ()			番号	
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (区分 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II)		
医療費助成	<input type="checkbox"/> 県障 (重度心身障害者) <input type="checkbox"/> 特定疾患医療				
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級、障害名)				
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B)		療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級)	
年金	<input type="checkbox"/> 老齢 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)		<input type="checkbox"/> 障害 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)		金額
	<input type="checkbox"/> 遺族 (<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済)		<input type="checkbox"/> その他 ()		円
住居	種別	<input type="checkbox"/> 戸建 (<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高床) <input type="checkbox"/> マンション <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 公営住宅			
	居室	<input type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (階)			
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居)				
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設	(病院・施設名		年	月から入院・入居)
かかりつけ医	医師名		医療機関		電話番号
特別な医療等	()				
病 歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過	
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名		主治医
	経過				
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない			
日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)
		<input type="checkbox"/> 車イス (<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)		着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)
				言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容)		会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ミキサー むせ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない
			聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない	
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き				
入居時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃に入居したい <input type="checkbox"/> 急いでいない (将来必要時)				
【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】					