

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	令和2年 1月 10日
受付日	年 月 日

入居希望者	ふりがな かえつ はなこ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
	氏名 下越 花子 (〇〇歳)	生年月日	<input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 10年 7月 10日生
	住所 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 新潟市秋葉区東金沢〇〇-××	電話番号	0250-〇〇-××××
申込者 (代理人)	ふりがな かえつ たろう	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名 下越 太郎	続柄	長男
	住所 〒〇〇〇 - 〇〇〇〇 新潟市秋葉区東金沢〇〇-××	自宅電話番号	0250-〇〇-××××
		携帯電話番号	080-××××-〇〇〇〇
	勤務先	(株)〇〇商事	

申込理由（申込時の状況等）

二年ほど前から物忘れの症状が目立ち始め、家から出ると道に迷うことや昼夜の認識も乏しくなってきた。家族もみんな仕事を持っていて、十分に世話をすることができない。

緊急時連絡先	第1連絡	氏名	下越 太郎	続柄	長男
		住所	〒 - 同上	自宅電話番号	0250-〇〇-××××
				携帯電話番号	080-××××-〇〇〇〇
	第2連絡	氏名	下越 秋子	続柄	嫁
		住所	〒 - 同上	自宅電話番号	同上
				携帯電話番号	080-××××-△△△△

同居者	氏名	年齢	続柄	職業（勤務先・電話番号）
	下越 太郎	65	長男	(株)〇〇商事 〇〇〇-123-1234
	下越 秋子	63	嫁	〇〇病院 123-〇〇〇〇-4567
	下越 春子	30	孫	(株)〇△会社
	下越 奈津子	27	孫	〇〇会社

介護保険	要介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 2	要介護 (<input checked="" 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	〇〇 春子	事業所	〇×居宅事業所	電話番号	××-〇〇〇〇
	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 checked="" type="checkbox"/> 通所(デイ)	〇〇デイサービス	3	<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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級、障害名)				
精神障害者手帳	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 共済)		金額		
	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 1階 <input type="checkbox"/> 2階 <input type="checkbox"/> その他 (階)			
現在の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 単身 <input checked="" 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	〇〇 〇男	医療機関	〇〇病院神経内科	
			電話番号	〇〇-××××	
特別な医療等	インスリン注射、人工肛門等 ()				
病 歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過	
	狭心症	〇〇病院	<input type="checkbox"/> 治療中 <input checked="" type="checkbox"/> 終了	平成〇〇年～3ヶ月入院	
	高血圧	〇〇病院	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了	平成〇年～月に一度受診	
			<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 checked="" type="checkbox"/> 有	認知症の診断名	アルツハイマー型認知症	
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	医(病)院名	〇〇病院神経内科	
			主治医	〇〇 ×太郎	
	経過	5, 6年前から、時々うつ症状がみられていたが、最近はその頃よりひどくなりなんでも自分でやろうとせず投げやりになってしまった。認知症の症状も2, 3年前から特に目立つようになった			
症状等	<input checked="" type="checkbox"/> 被害的になる <input checked="" type="checkbox"/> 話しを作る <input checked="" type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)		入浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)
	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)
				言語	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助(内容)		会話	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> まじめ				
	<input checked="" type="checkbox"/> おおらか <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き				
入居時期の希望		<input checked="" 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)】					
<ul style="list-style-type: none"> ・お風呂介助は同性の人をお願いしたい ・家ではあまり話し相手がいなかったなので、誰かとわいわい話せる環境がいいです。 ・料理が好きだったのでそういう機会を作ってほしい ・園芸が趣味だったのでそういう環境があるとよい ・家が近いのでこまめに会いに行きます。 					