

入居申込書 ※入居申込書と合せて主治医の診断書が必要です。書式の指定はありません。

認知症対応型共同生活介護 グループホーム穂波の里

		記入日		年	月	日
ふりがな			生 年 月 日	明・大・昭		
利用者氏名	男・女	年 月 日 (歳)				
住所	〒 ー		TEL			
現状	1、自宅 2、入院中(病院名:) 3、施設入居中(施設名:)					
介護保険被保険者番号			要介護度			
認定有効期間						
居宅支援事業所名			担当者			
健康保険	1、有 (社保・国保・生保 …記号番号) 2、無					
障害者手帳等	1、有 (種類 級) 2、無					
年金等	(種別)					
現在のサービス利用状況						
ヘルパー() デイサービス() ショートステイ() その他						
医療の状況						
現在治療中の病気						
病名		医療機関名		期間		
既往症 (※ 骨折等も含め)						
病名		医療機関名		期間		
お薬 (有 ・ 無)						

申込み理由		
日常生活状況		
一日の過ごし方		生活歴(仕事・家庭・趣味)
認知症の状況	物忘れ・不眠・火の不始末・金銭管理ができない・一人で外出して戻れない・その他	
会話	意思疎通(可能・おおむね可能・何とか可能・できない)発語なし	
視力	支障なし・眼鏡(有・無) 弱視	
聴力	支障なし・補聴器(有・無)・難聴(右・左)	
歩行	可能・不安定・補助具使用()・できない	
食事	自分で可能・声掛け・一部介助()・できない	
排泄	トイレ・ポータブルトイレ・オムツ	
	自分で可能・声掛け・一部介助()・できない	
着替え	自分で可能・声掛け・一部介助()・できない	
入浴	自分で可能・声掛け・一部介助()・できない	
家族状況		身元引受人
		氏名 印 ご本人との続柄()
		住所 〒
		TEL
		その他の連絡先(職場・携帯電話等)
◎本人 □男性 ○女性 ●■亡くなっている方 他施設への申請 1、している・準備中 申請施設名 2、していない		

健康診断書

グループホーム 穂波の里

ふりがな		男 女	生年月日	明治	大正	昭和
氏名			年	月	日	(歳)
住所						
電話番号						

病名		既往歴	
病状経過		処方内容	
認知症	有 ・ 無 症状 :		

(身長		cm)	(体重	kg)	(血圧	/	mmHg)	(脈拍	回/分)			
検査所見【検査日					年	月	日】	胸部レントゲン【撮影日		年	月	日】
尿	蛋白	—	±	+	胸部所見 異常 有 ・ 無							
	糖	—	±	+								
	潜血	—	±	+								
感染症	HB s	抗原精密	—	+								
	HCV	抗体	—	+								
結核の既往		有 ・ 無 (歳)			視力障害		有 ・ 無 ()					
麻痺		有 ・ 無 ()			聴力障害		有 ・ 無 ()					
拘縮		有 ・ 無 ()			言語障害		有 ・ 無 ()					

上記のとおり診断いたします。

平成 年 月 日 医療機関名

所在地

医師氏名

印

様 連絡先	
請求書の送付先	
名前	
住所	〒
連絡先①	
連絡先②	
連絡先③	
緊急連絡先	
① 名前	
住所	
連絡先	①
	②
	③
② 名前	
住所	
連絡先	①
	②
	③
③ 名前	
住所	
連絡先	①
	②
	③
④ 名前	
住所	
連絡先	①
	②
	③
⑤ 名前	
住所	
連絡先	①
	②
	③

年 月 確認