

ご希望の施設に○をお願いします

申込日	年 月 日	受付日	年 月 日
-----	-------	-----	-------

【七瀬の杜・グループホームまゆ・グループホームまゆ松代・グループホームまゆ篠ノ井・グループホームまゆ更科】

入所希望者

フリガナ		性別	男 ・ 女	生年月日
氏名				明・大・昭 年 月 日
現住所	〒 長野県長野市			TEL

家族連絡先 入所後の緊急連絡先も兼ねます

フリガナ		続柄	自宅の他に必ず連絡の取れる番号をご記入ください。 親戚・勤務先など
氏名			名前 TEL
現住所	〒 自宅TEL		名前 TEL

家族構成

--

男性:□ 女性:○  
夫婦=同居家族:ーで囲む  
死亡:■ ●

介護保険	被保険者番号	
要介護認定	要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日	

担当ケアマネジャー (担当がいる方)	事業所名	
	氏名	TEL

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ↳ 手帳の種類 _____ (障害名 _____) 判定 _____ 級(度) _____ 年 月 日
-------	---

健康保険	種別		記号・番号	
------	----	--	-------	--

年金等	種別		その他収入など	
-----	----	--	---------	--

現在の状況について

既往歴	現病歴(医療的処置がある場合もご記入ください)

主治医		内服			
病院名	主治医氏名	朝	昼	夕	その他
病院住所					
病院電話					

現在利用している居宅サービス

①訪問介護 ②訪問入浴介護 ③訪問看護 ④訪問リハビリテーション ⑤居宅療養管理指導 ⑥通所介護 ⑦通所リハビリテーション ⑧短期入所生活介護 ⑨短期入所療養介護 ⑩福祉用具貸与 ⑪ その他( )
該当するサービス番号と月の利用頻度をご記入ください (例:①×4回)

現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設・病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、経費老人ホーム、有料老人ホーム等に入所している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (施設に入所(入居・入所している場合))				
	<table border="1"> <tr> <td>施設名または病院名</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>入所または入院期間</td> <td>年 月 日～</td> </tr> </table>	施設名または病院名		入所または入院期間	年 月 日～
	施設名または病院名				
入所または入院期間	年 月 日～				

身体の状況

食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の種類 主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 義歯(上・下)
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 オムツ類の使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない
特記事項	

