

グループホーム夢咲 入居申込書

1) 申請者 (御家族様、御親族様記入)

申し込み日	年 月 日 ()
氏 名	家族 ・ 親類 ・ その他 () ※本人の場合は (2) へご記入ください
	様 (続柄:)
連絡先	〒 - 住所:
	電話: 携帯:

2) 入居者情報 (御本人様の情報)

氏 名	様 (男・女)
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (歳)
現 住 所	〒 - TEL: -
現 在 の 状 況	自宅・入院 (病院名:) ・ 施設 (施設名:) ・ その他
介 護 保 険	支2 ・ 介1 ・ 介2 ・ 介3 ・ 介4 ・ 介5 その他:
居宅介護支援事業所	CM: 事業所名:
病 名 ・ 症 状	
か かり つ け 医	無 ・ 有 ()
認 知 状 況	<input type="checkbox"/> 健忘 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 性的逸脱行為 <input type="checkbox"/> 物忘れ
	<input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 帰宅願望
A D L	食事 (自立 ・ セッティング ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養 ・ 絶食)
	排泄 (自立 ・ はくパンツ・オムツ・P-トイレ・尿器) 尿意 (あり ・ なし)
	移動 (自立 ・ 杖 ・ 介助 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 不能)
	入浴 (自立 ・ 介助浴 ・ 機械浴 ・ 清拭)
	更衣 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)
備 考	

施設記入分	入居不可 ・ 入居可 (予定日 : 月 日 () :)
-------	--------------------------------

担当者: