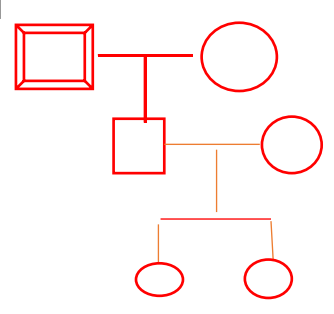


記入例 グループホーム花梨 入所申込書

〇年〇月〇日

フリガナ	にしすな たろう		生年月日	性別		
入所希望者名	西砂 太郎		〇年〇月〇日 (歳)	男・女		
住 所	〒 123-1234 入所希望者の住所をご記入ください					
電話	自宅	042-123-1234	携帯			
要介護度	1	2	3	4	5 有効期限	〇年〇月〇日 ~ 〇年〇月〇日
現在の所在	病院名 (現在 入院/入所している) 担当医 (〇〇先生)		担当相談員			
	施設名 (病院/施設を記入して下さい) ケアマネ (〇〇〇)		〇〇〇			
御 家 族 連 絡 先 (キーパーソン様を①番にご記入下さい)						
氏名	続柄	年齢	電 話 番 号	住 所		
① 西砂 花子	妻	〇〇	000-000-0000	立川市〇〇〇町〇-〇-〇		
② 西砂 一郎	長男	〇〇	000-000-0000	立川市〇〇〇町〇-〇-〇		
③						
保険証等	該当するものを○でかこんで下さい。					
	国民健康保険 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 () 障害者手帳 有 <input type="checkbox"/> 級 <input type="checkbox"/>					
既往歴(今までかかった病気等)			いつ頃			
(1) 糖尿病 (現在、服薬のみ)			平成 〇〇 年頃			
(2) 白内障 (左右 手術済み)			平成 〇〇 年頃			
(3) 脳梗塞 (左 片麻痺)			平成 〇〇 年頃			
(4) 認知症			平成 〇〇 年頃			
生活歴(今までどのような生活をされていたか、なるべく詳しくお書き下さい。)						
(出生地・職歴・趣味・入院歴・介護保険利用状況等 その他)			家系図			
<p>出生地:山梨で生まれ、18歳で三鷹市に上京し27歳で結婚。タクシーの運転手や警備員の仕事をしていた。</p> <p>趣味:登山や釣り カラオケ</p> <p>病歴:糖尿病と診断され現在服薬中血糖値は安定している</p> <p>脳梗塞を発症後片麻痺となり、その後認知症と診断される(その他、介護保険利用のきっかけやご自宅でのサービス利用の状況・内容等もご記入下さい)</p> <p>箇条書きでも文章書きでも構いませんので、できるだけ詳しくお書きください。</p>			 <p>本人は二重線 男性は□ 女性は○ で ご記入ください</p>			
年金等	なし <input checked="" type="checkbox"/> 有 (国民・厚生・老齢福祉・その他)			生活保護		

身体状況について ※該当するものに○をつけて下さい。

視力障害	右: <input checked="" type="radio"/> 無 有()	聴力障害	右: <input checked="" type="radio"/> 無 有()
	左: <input checked="" type="radio"/> 無 有()		左: <input checked="" type="radio"/> 無 有()
麻痺	無 <input checked="" type="radio"/> 有(部位 右 上肢 下肢 / <input checked="" type="radio"/> 左 上肢 <input checked="" type="radio"/> 下肢)		
食事	自立 <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助 用具 <input checked="" type="radio"/> はし スプーン フォーク その他()		
	主食 常 <input checked="" type="radio"/> お粥 ミキサー 副菜 常 一口大 <input checked="" type="radio"/> 刻み ミキサー		
嗜好	タバコ… <input checked="" type="radio"/> 吸わない 吸う(1日 本) 酒… <input checked="" type="radio"/> 飲まない 飲む(何を 位)		
排泄	昼 自立 見守り <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助		
	夜 自立 見守り <input checked="" type="radio"/> 一部介助 全介助		
	使用しているもの リハビリパンツ オムツ <input checked="" type="radio"/> 尿パット ポータブルトイレ 他		
入浴	自立 見守り 一部介助 <input checked="" type="radio"/> 全介助 更衣の協力動作 <input checked="" type="radio"/> あり・なし		
移動・歩行	自立 掴まり歩行可 見守り 一部介助 全介助		
	使用しているもの <input checked="" type="radio"/> 車椅子 (自走 <input checked="" type="radio"/> 可・不可) 杖 歩行器		
起き上がり	<input checked="" type="radio"/> 自立 見守り 一部介助 全介助		
寝返り	<input checked="" type="radio"/> 自立 見守り 一部介助 全介助		
立位保持	可 <input checked="" type="radio"/> 介助すれば可 不可 協力動作 <input checked="" type="radio"/> あり・なし		
座位保持	<input checked="" type="radio"/> 可 介助すれば可 不可		
精神状況	<input checked="" type="radio"/> 安定 不安定 意思疎通 … <input checked="" type="radio"/> 出来る ややできる 出来ない		
性格	明るい 温和 <input checked="" type="radio"/> 話し好き おとなしい 神経質 人見知り 怒りっぽい その他()		
医療処置について	□ある <input checked="" type="checkbox"/> ない 身長 160 cm 体重 57 kg		
「ある」場合どのような内容ですか	□透析 □尿道カテーテル □ストマ □酸素療法 経管栄養(□経鼻 □経腸 □胃瘻) □インシュリン注射(回/日)		
上記以外の状況	【 ※該当する事項がある場合は詳しくお書き下さい 】		

行動についてお聞きます。該当するものに○をつけて下さい。

認知症	無 <input checked="" type="radio"/> 有 (認知症薬 使用中 <input checked="" type="radio"/> 未使用)
<p>1. 夜間に興奮・錯乱状態 になることがある。 2. 幻覚・幻聴・妄想 がある。</p> <p>3. 暴力的・攻撃的 になることがある。 4. 徘徊・外出 してしまう。 迷う。</p> <p>5. 異食(食べられない物を口に入れる、食べる)行為がある。 6. オムツの中に手を入れる、弄便等の不潔行為がある。</p>	
<p>※その他お困りになっている行動等がありましたらご記入下さい。</p> <p style="text-align: center;">時々、昼と夜を間違えて夜間起きることがある。</p> <p style="text-align: center;">-----</p> <p style="text-align: center;">※出来るだけ詳しくお書き下さい</p> <p style="text-align: center;">-----</p>	