

# グループホーム 入居申込書

認知症対応型共同生活介護  
岡本会グループホーム

申込日 年 月 日

加田 ・ 柳瀬 ・ 高岩 ・ 全て (希望する所に○を付けて下さい)  
管理者様

## 申込者（今後、連絡対応が可能な方）

フリガナ氏名		続柄	
住所	〒	連絡先	

## 入居される方

フリガナ氏名	男 女	明大昭	年	月	日生( 歳)
住所	〒	電話番号			
介護保険	要介護 1・2・3・4・5	被保険者番号			
認定期間	年 月 日	～	年 月 日		
収入	年金等(月額)	介護保険負担割合	1割・2割・3割		
健康保険	種別	生活保護	有 ・ 無		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称	年 月 日 ～		
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中				
心身状態					
状態				備考	
歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 【オムツ使用】	<input type="checkbox"/> 一部介助 なし ・ 夜のみ ・	<input type="checkbox"/> 全介助 常に使用		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 (主食) 普通 ・ 軟飯 ・ お粥 ・ パースト (副食) 普通 ・ 一口大 ・ 刻み食 ・ パースト	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴		
言葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> うつ状態	
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
	<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> その他	【 】	
医療状況	現病歴		かかりつけ医		
	既往歴		特記事項		
	服薬				

