

入居申込書（エントリーシート）

（グループホーム はなの里）

記入者（連絡先）

申込書記入日 H . .	住所	（〒 - ）		
		Tel （ ）		
	フリガナ 氏名		続柄	

【家族構成】

【家族構成図】

氏名	続柄	年齢	同居・別居

「グループホーム」に入居したいので、次のとおり申し込みます。

● 利用希望者の 状況	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名		住民登録	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	
	現住所	〔〒 - 〕 Tel （ ）			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日（ 歳）			
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
	身体 の 状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有）		
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		オムツ等	<input type="checkbox"/> 松（ <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 昼夜） <input type="checkbox"/> 紙パツ（ <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 昼夜）		
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
歩行		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 （ <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子）			
視力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 非常に悪い <input type="checkbox"/> 見えない			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声は聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない				
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				
認知症・ 精神の症状	□日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 □日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 □日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要としている。 ※自傷行為・せん妄・徘徊・奇声・異食・不潔行為・攻撃的行為等の行動 あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載。				

担当 ケアマネージャー	氏名	連絡先	TEL ()
	事業所名		

緊急時	【緊急連絡先】	① (氏名)	TEL ()
		② (氏名)	TEL ()
	【緊急時希望病院】	①	(受診歴- <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
		②	(受診歴- <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)

御家族へのお願い

今後、私どもの施設をご利用される際に、できるだけ多くの情報を頂き、より良いサービスの提供に努力してまいります。

お手数ですが、下記への記入にご協力いただきますようお願い申し上げます。

(お分かりの範囲内で結構です。)

● 日常生活面	<p>例：①入浴を嫌がる時は「お医者さんに診てもらおうので」というと入ります。等 (※生活の中で特に注意している事があれば別途ご記入ください)</p>
● 生活歴 (必ずご記入ください)	<p><input type="checkbox"/> 出身地⇒</p> <p><input type="checkbox"/> 昔、熱中していたもの⇒</p> <p><input type="checkbox"/> ①過去の勤務会社と勤務内容⇒</p> <p><input type="checkbox"/> ②過去の勤務会社と勤務内容⇒</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症の症状が現れた時期⇒</p> <p><input type="checkbox"/> 認知症発症の原因と思われる出来事⇒</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 一番信頼をしている人(現在と過去)⇒</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 家族関係(現在と過去)⇒</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 今まであった危険な出来事 (転倒や誤嚥など) ⇒</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> 一日の生活の流れ⇒</p> <p>.....</p>
● 趣味・ 娯楽面	<p>例：①字を書くことが好きです。書道の機会があれば参加させて欲しい。 ②ニュースが好きなのでテレビを見せてほしい。等 ご記入下さい。</p>