# 利 用 ・ 入 居　申 込 書

☐ 小規模多機能センター　☐ 看護小規模多機能センター　☐ グループホーム

☐ 緑井　☐ 落合南　☐ 川内　☐ くちた　☐ 緑井　☐ 落合南　☐ 川内　☐ くちた

申込日　令和　　年　　月　　日

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日　　年　　月　　日　　歳 |
| 氏　名 | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 現住所 | 〒　　広島市　　区 | TEL |
| | | |

| | |
|---|---|
| 介護認定 | 1 申請していない　2 申請中　3 認定を受けている　要支援 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 |
| | 被保険者番号 :　　生活保護:　有 ・ 無 |
| 生活状況 | 1・家族と同居　2・老人世帯　3・独居　4・独居で身よりなし　5・※ 施設入所中/ 入院中 |
| | ※施設入所中/入院中の場合:（施設・病院名） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | | | 科 | 医師 |
| | 住所 | | TEL | |
| その他の医療機関 | | | 科 | 医師 |
| その他の医療機関 | | | 科 | 医師 |

| | | |
|---|---|---|
| 医療状況 | 1 インシュリン　2 酸素療法　3 人工透析　4 人工肛門　5 その他（　　） | |
| | （治療中の病気） | （既往歴） |
| | ……　……年 ～ | ……　……歳頃 |
| | ……　……年 ～ | ……　……歳頃 |
| | ……　……年 ～ | ……　……歳頃 |

## 申込み申請者 （ご家族・後見人等の連絡先）

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 連絡先 | 氏名 | | 続柄 | |
| | 住所 | | | |
| | TEL | | 携帯 | |

## 居宅介護支援事業所

| | |
|---|---|
| 事業所名 | |
| 住　　所 | |
| 連 絡 先 | TEL:　　/ FAX: |
| 担 当 者 | |

# 利 用 ・ 入 居 希 望 者 状 況

| 項目 | | ご 本 人 の 状 況 | | |
|---|---|---|---|---|
| 身体の状況 | 移動 | □ 歩行　□ 杖歩行　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他（　　） | | |
| | | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 排泄 | □ トイレ　□ポータブルトイレ　□ 尿器　□ オムツ　□ カテーテル | | |
| | | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 食事 | □ 常食　□ きざみ食　□ ペースト食　□ その他（　　） | | |
| | | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 入浴 | □ 入浴　□ シャワー浴　□ 機械浴　□ 清拭　□ その他（　　） | | |
| | | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 寝返り | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 立上がり | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 立位 | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 座位 | □ できる　□ 一部介助　□ 全介助　□ その他（　　） | | |
| | 視力 | □ 見える　□ 見えにくい　□ 見えない | 眼　鏡 | □ 有　□ 無 |
| | 聴力 | □ 聞こえる　□ 聞こえにくい　□ 聞こえない | 補聴器 | □ 有　□ 無 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 精神面の状況 | 認知症診断の有無 | ※ ありの場合 | |
| | あ り　・　な し | 診断名 ： | |
| | 物忘れ | □ ある　□ たまにある　□ ない | |
| | 昔の事を覚えている | □ 覚えている　□ たまに覚えている　□ 覚えていない | |
| | 新しいことを覚えられる | □ 覚えられる　□ たまに覚えられる　□ 覚えられない | |
| | 日時（季節）がわかる | □ わかる　□ たまにわかる　□ わからない | |
| | 場所がわかる | □ わかる　□ たまにわかる　□ わからない | |
| | 人がわかる | □ わかる　□ たまにわかる　□ わからない | |
| | 生活上問題となる行動 | □ 無<br>□ 徘徊　□ 外出し迷子になる　□ 昼と夜と様子が変わる　□ 夜騒ぐ<br>□ 物を盗られたと思い込む　□ 間違ったことを思い込む　□ 大声を出す<br>□ 実際にないものが見えたり、聞こえたりする　□ 同じことを何度も話す<br>□ 怒りっぽい　□ 暴力を振るう　□ 不潔になっても無関心<br>□ オムツを外したり排泄物を触る　□ 食べ物以外を口にする<br>□ 意欲がない　□ その他（　　） | |

| | |
|---|---|
| 在宅サービスの利用状況 | □ ホームヘルパー（週　　回）　□ 訪問看護（週　　回）<br>□ デイサービス・デイケア（週　　回）　□ 訪問入浴（週　　回）<br>□ ショートステイ（月　　日）　□ その他（　　） |