

社会福祉法人あいあい
グループホーム小国あいあい（入居・体験入居）申込書

グループホーム小国あいあい 管理者様

記入日 年 月 日

申 込 者	フリガナ 名 前		続柄	
	住 所	〒		
		自宅電話 ()	-	
		携帯電話	-	

次のとおり、グループホーム小国あいあいに入居申し込みを行います。

フリガナ ご入居者名		性別	男 女	生年月日	明・大・昭 年 月 日	(歳)
住 所	〒					
	電話番号 ()					
介護保険等 状 況	要介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
	被保険者番号					
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
	障害者手帳等	有 (手帳名:) ・ 無				
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称				
	<input type="checkbox"/> 入院中					
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院・入所期間	年 月 ~			
	<input type="checkbox"/> その他:					
収入状況 (わかる範囲で 結構です)	年 金	国民 ・ 厚生 ・ 船舶 ・ 共済 ・ その他 ()				
	そ の 他					
	生活保護	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有				
主介護者 の 状 況	フリガナ 氏 名		続 柄		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
	健康状態	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 不安がある (高齢・障害・疾病・その他:) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている (支援 1・2・介護 1・2・3・4・5)				
	就業状態	<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート <input type="checkbox"/> 専業主婦 (夫) <input type="checkbox"/> その他 ()				
家族状況 (近親者)	続柄	氏 名	年齢	住 所	職業	同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居

※ケアマネージャー・相談員の方が記入してください。

様

社会福祉法人あいあい グループホーム小国あいあい入居希望者基本情報調査票

身体 状 況	既往歴		現病名	
	医療行為	なし あり（必要行為： ）		
	視力	普通 ・ やや悪い（大きい字程度） ・ ぼんやり見える ・ 見えない		
	聴力	普通 ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない（悪いのは 右 ・ 左）		
	言葉	普通 ・ 聞き取りにくい ・ 判断できない ・ 話せない		
	麻痺	なし ・ あり → 右上肢 ・ 左上肢 ・ 右下肢 ・ 左下肢		
	睡眠	よく眠れる ・ 時々眠れない ・ 眠れない日が多い		
	特記事項			

日 常 動 作	屋内の移動	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で可能 ・杖歩行（自立・介助） ・つかまり歩き（自立・介助） ・いざり移動 ・シルバーカー又は歩行器（自立・介助・見守り） ・車椅子（自立・介助） 		
	屋外の移動	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で可能 ・杖歩行（自立・介助） ・つかまり歩き（自立・介助） ・いざり移動 ・シルバーカー又は歩行器（自立・介助・見守り） ・車椅子（自立・介助） 		
	転倒の頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・転倒なし ・ふらつく程度 ・時々転倒する ・よく転倒する <p style="text-align: right;">（頻度 回／日、週）</p>		
	着替え	<ul style="list-style-type: none"> ・一人で可能 ・見守り、声掛け、一部介助 ・全介助が必要 		
	特記事項	衣類の選定、準備等：		

排 泄	尿意	<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・時々あり ・なし 		
	便意	<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・時々あり ・なし 		
	排尿	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ ・ポータブルトイレ ・紙パンツ、オムツ（自立 誘導 交換） 		
	排便	<ul style="list-style-type: none"> ・トイレ ・ポータブルトイレ ・紙パンツ、オムツ（自立 誘導 交換） 		
	失禁	<ul style="list-style-type: none"> ・あり ・時々あり ・なし 		
	特記事項			

食 事	種類	〈主食〉 米飯 ・ 粥 〈副食〉 普通 ・ 刻み ・ ごく刻み
	摂取状況	〈食欲〉 あり ・ なし 〈嚥下状態〉 普通 ・ 問題あり
	食事制限	なし あり → カロリー制限 (kcal) 塩分制限 (g) 他
	特記事項	義歯の有無 (上 ・ 下) 総義歯 ・ 部分

入 浴	入浴形態	一般浴 中間浴 特浴
	洗体・洗髪	・一人で可能 ・見守りのみ ・声掛け、一部介助 ・全介助が必要
	特記事項	

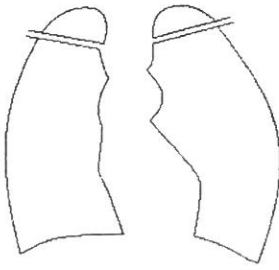
認 知 症 の 症 状	意思の伝達	・できる ・時々できる ・時々できない ・できない	
	会話の理解	・できる ・時々できる ・時々できない ・できない	
	意思疎通	・できる ・時々できる ・時々できない ・できない	
	認 知 症 で 困 っ て い る 行 動 ・ 症 状 な ど	・物を盗られた等と被害的になることが	ない 時々ある よくある
		・実際にはないものが見えたり聞こえたりすることが	ない 時々ある よくある
		・泣いたり笑ったりして感情が不安定になることが	ない 時々ある よくある
		・夜間不眠、あるいは昼夜逆転が	ない 時々ある よくある
		・暴言、暴力が	ない 時々ある よくある
		・しつこく同じ話をしたり、不穏な音をたてることが	ない 時々ある よくある
		・突然、大きな声(怒鳴り声)を出すことが	ない 時々ある よくある
		・助言や介護に抵抗することが	ない 時々ある よくある
		・目的もなく動き回ることが	ない 時々ある よくある
		・外出すると一人では家に帰れないことが	ない 時々ある よくある
		・外に出たがり、目を離せないことが	ない 時々ある よくある
・いろいろなものを集めたり、無断で持ってくるものが	ない 時々ある よくある		
・火の始末や管理ができないことが	ない 時々ある よくある		
・物や衣類を壊したり、破いたりすることが	ない 時々ある よくある		
・不潔な行為(弄便行為・長期入浴拒否)が	ない 時々ある よくある		
・異食行為、盗食行為が	ない 時々ある よくある		

〈飲んでいるお薬〉

記入日		記入者氏名	
事業所名		電話番号	
		FAX 番号	

診療情報提供書

グループホーム小国あいあい

ふりがな 氏名		男・女		明・大・昭 年 月 日生 歳		
身長		cm	体重		Kg	
				血圧		
				mm/Hg		
既往歴						
現症	障害高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			胸部所見	 <所見>	
	認知症	症状	診断名			
	栄養状態 良 不良 摂 取 経口 その他 褥 瘡 無 有 (部位) 排 泄 正常 その他			機能障害	視覚	
					聴覚	
				四肢		
				言語		
検査	白血球数		CRP		ヘモグロビン	
	尿 糖		尿蛋白		尿潜血	
	HBs抗原		HCV		MRSA	
現在処方						
その他	※皮膚疾患 無 ・ 有 :					

年 月 日

紹介医療機関の
所在地及び名称

医師氏名

印