

入 居 申 込 書

(グループホームうちこ園 入居用)

令和 年 月 日

入居者	フリガナ 氏 名			生年月日	M・T・S	年	月	日
				(性別)	男	女	(年齢)	
	住 所	〒 ☎						
現在の居場所 ・自宅 ・病院 () ・施設 () ・他 ()								
身元保証人	フリガナ 氏 名			生年月日	M・T・S	年	月	日
				(性別)	男	女	(年齢)	
	住 所	〒 ☎						
	続柄			勤務先 (職業)	()			
医療	主治医	医療機関名 ()						
	継続的な医療処置 ・経管栄養 ・酸素療法 ・留置カテーテル ・褥創処置 ・食事制限 ・インシュリン注射など ・人工肛門 ・胃ろう ・その他 ()							
食事	・自立 ・一部介助 ・全介助 [介助方法:]							
排泄	・自立 ・一部介助 ・全介助 [介助方法:]							
入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助 [介助方法:]							
更衣	・自立 ・一部介助 ・全介助 [介助方法:]							
移動	・自立 ・一部介助 ・全介助 [介助方法:]							
意志の伝達	・可 ・不可	ひどい物忘れ	・ある ・ない	被害妄想	・ある ・ない			
意志決定	・可 ・不可	物取られ妄想	・ある ・ない	幻視、幻聴	・ある ・ない			
日課の理解	・可 ・不可	介護への抵抗	・ある ・ない	暴言、暴力	・ある ・ない			
作話	・ある ・ない	集団への適応	・可 ・不可	不潔行為	・ある ・ない			
協調性	・ある ・ない	大声を出す	・ある ・ない	異食行為	・ある ・ない			
介護保険 (要介護度)	要支援 2 ・要介護 1 2 3 4 5							
障害高齢者自立度	正常 J 1 J 2 A 1 A 2 B 1 B 2 C 1 C 2							
認知症高齢者自立度	正常 I II a II b III a III b IV M							
居宅介護支援事業所名				身体障害者	有 ・ 無			
担当者名 ・ 電話番号	〒 ☎			手帳	(種 級)			
介護サービス利用状況	・通所サービス ・訪問介護 ・ショートステイ ・訪問看護 その他のサービス ()							
現在までの経過・本人家族の意向や要望など								

*この入居申込書による個人情報、入居時の参考資料にするもので、その他において使用する事は一切ありません。分る範囲で記入してください。

〒791-3301 愛媛県喜多郡内子町内子 3683 番地 医療法人 大志会 グループホーム うちこ園
(0893) 59-2214 FAX 兼用 担当者 (西淵 由香)