

認知症対応型グループホーム コムシェいばらき佳のか
利用申込書

以下のとおり、認知症対応型グループホームの利用を申し込みます

(代理人)	ふりがな	申込日	令和 年 月 日	
	氏名	受付日	令和 年 月 日	
	住所 〒 -	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
		続柄		
		自宅電話番号		
		携帯電話番号		
	勤務先電話番号			

利用者希望者	ふりがな	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生	
	住所 〒 -	電話番号		
	介護保険 被保険者番号 茨木市 272112	要介護区分 要支援2 ・ 申請中 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	認定日	令和 年 月 日
	健康保険 種別 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 共済	記号・番号	認定期間：令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	医療費助成 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 種別 ()
	年金等 種別	手帳 種別	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 身体障がい者 <input type="checkbox"/> 精神障がい者 <input type="checkbox"/> その他 ()	

現況	現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 (<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居) <input type="checkbox"/> 施設 病院・施設の名称 ()	担当ケアマネジャー	事業所名	
	入院・入所期間 平成 年 月から		氏名	
			電話	()

かかりつけ医	医療機関名	所在地	特別な医療等	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 胃ろう・経管栄養 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 治療中の病名 ()
	主治医氏名	電話番号		

認知症	認知症の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	認知症の診断名		
	症状	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 作り話をする <input type="checkbox"/> 同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 落ち着きがない <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 大声をあげる <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 服や物を壊す <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 暴力的になる <input type="checkbox"/> 異食がある <input type="checkbox"/> 暴言がある <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 (弄便・放尿)		

緊急連絡先	第1連絡	ふりがな	続柄	自宅電話番号
		氏名		携帯電話番号
	住所	〒 -		
	第2連絡	ふりがな	続柄	自宅電話番号
氏名			携帯電話番号	
住所		〒 -		

利用希望の理由		利用希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい
			<input type="checkbox"/> 令和 年 月 頃までに利用したい

日常生活動作・身体情報

視聴・言語	視力	1 普通に見える 眼鏡（あり・なし）	2 見えにくい	3 全く見えない			
	聴力	1 普通に聞こえる 補聴器（あり・なし）	2 聞こえにくい	3 全く聞こえない			
	言語	1 支障なし	2 やや支障がある	3 かなり支障がある	4 全く話せない		
	意思疎通	1 支障なし	2 やや困難	3 かなり困難	4 全くできない		
移動	手段	1 歩行可能 杖等（あり・なし）	2 手引き歩行	3 車いす（自操・介助）			
	立ち上がり	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
食事	摂取方法	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
	食事形態	主食	1 普通	2 粥	3 パン食	4 ミキサー	5 その他（ ）
		副食	1 普通	2 一口大	3 刻み	4 極刻み	5 ミキサー
	嚥下	1 良好	2 時折むせあり	3 たびたびむせあり			
	用具	1 箸	2 スプーン・フォーク	3 その他 自助具			
	義歯	1 あり （総義歯・上義歯・下義歯・部分義）	2 なし				
食事時間	朝食	:	昼食	:	夕食	:	
排泄	方法	1 トイレ	2 リハビリパンツ	3 パット	4 オムツ		
		1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
	排尿回数:	回/日	尿意:	あり・なし	緩下剤:	あり・なし	
排便頻度:	日に一度	便意:	あり・なし	()			
入浴	方法	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
		特記事項:					
整容	着脱	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助	特記事項:	
	洗面	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
	歯磨き	1 自立	2 見守り	3 一部介助	4 全介助		
性対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話好き <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> 世話好き <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> その他 ()						
趣味・嗜好	趣味:	嗜好:	<input type="checkbox"/> 飲酒 <input type="checkbox"/> コーヒー <input type="checkbox"/> 喫煙	生活状況	一日をどのように過ごされていますか		
	アレルギー: あり・なし ()						