

グループホーム たか音の杜 利用申込書

*ご入居は原則として3ヵ月以上船橋市民である事が条件となります。

| | | | |
|------------|-------------------------------|-----|------------------------|
| フリガナ | | 男 | 生年月日 |
| ご本人様 氏名 | | 女 | 大正・昭和・西暦 年 月 日(満 歳) |
| 要介護状態区分 | 要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5 | | |
| 介護認定有効期限 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 | 電 | 話 |
| 主な介護者 | 氏名： | 続柄： | |

同居家族構成

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 自宅・勤務先等電話番号 |
|----|----|------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

同居以外家族構成

| 氏名 | 続柄 | 生年月日 | 自宅・勤務先等電話番号 |
|----|----|------|-------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

| | | | |
|--------|--|----|-----------------------------|
| 緊急連絡先1 | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 自宅Tel： 携帯Tel： 勤務先Tel： |
| 緊急連絡先2 | | | |
| 氏名 | | 続柄 | 自宅Tel： 携帯Tel： 勤務先Tel： |

| | | | |
|---|---|--|--|
| <p>ご本人のいる場所 (現在)</p> | <p>1：自 宅 2：病 院 (病院名：) 3：他施設 (施設名種類：) 4：自宅以外の場所：名 称 所在地 電話番号</p> | | |
| <p>既 往 症</p> | <p>年 月 年 月 年 月</p> | | |
| <p>現在の主な病名</p> | <p>病名： 発症時期 年 月～ 病名： 発症時期 年 月～ 病名： 発症時期 年 月～</p> | | |
| <p>かかりつけ医療機関 診療科：</p> | <p>医療機関名 医療機関所在地 電話番号 主治医氏名</p> | | |
| <p>かかりつけ医療機関 診療科：</p> | <p>医療機関名 医療機関所在地 電話番号 主治医氏名</p> | | |
| <p>在宅サービスの 利用状況</p> | <p>1. 利用している 2. 利用していない 利用している場合、直近3か月の利用状況(ケアマネージャーにお聞き下さい) ※ケアマネージャー様へ：直近3か月の利用率の記載をお願いします。 年 月： % 年 月： % 年 月： %</p> | | |
| <p>負担限度額認定証の有無</p> | | | |
| <p>利用申し込み理由・動機</p> | | | |
| <p>ご本人について 趣味・嗜好・性格等 ご記入をお願いします</p> | | | |

| | | | |
|---|--|-----------|--|
| 歩行 | 自立・杖()・見守り・一部介助・車いす・自走・全介助・シルバーカー・歩行器 | | |
| 食事 | 自立・見守り・一部介助・全介助 箸・スプーンとフォーク・介護用食器 内容：普通食・粥食・きざみ食・糖尿病食・高血圧食 和食中心・洋食中心・魚料理・肉料理・野菜中心 主食量：多・少 好きな食材： 嫌いな食材： 服薬等の都合で食べられない食材： | | |
| 入浴 | 自立・見守り声掛け・リフト・シャワー・清拭・二人介助・一部介助・全介助 最近の入浴回数：毎日 ほぼ毎日・2日に1度・3日に1度・それ以下・他施設利用 | | |
| 排泄 | 自立・声掛け・見守り・時間誘導・一部介助・全介助 尿意：有・無 便意：有・無 後始末 可・不可 リハビリパンツ使用（日中と夜間・夜間のみ）オムツ使用（日中と夜間・夜間のみ） 尿取りパットのみ使用（日中と夜間・夜間のみ） | | |
| 着脱 | 自立・声掛け・一部介助・全介助 | | |
| 整容 | 洗面 歯磨きなど：自立・声掛け・一部介助・全介助 | | |
| 視覚 | 正常・難少・難大・不可（白内障・緑内障・視野狭窄・その他： ） メガネ： 有 ・ 無 | | |
| 聴覚 | 正常・難少・難大・不可・補聴器使用 | | |
| 会話 | 正常・難少・難大・不可 意思疎通 可・不可 意思伝達能力 可・不可 | | |
| 認知 | 正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M（ケアマネージャーにお尋ねください。） | | |
| <p>下記の問題行動（行動障害）について、項目ごとに該当する数字をご記入下さい。</p> <p>問題行動（行動障害）がないものについては 『1』 を記入 1か月に1回以上ある場合については 『2』 を記入 1週間に1回以上ある場合については 『3』 を記入 頻繁に起こるものについては 『4』 を記入</p> | | | |
| 被害妄想になる | | 感情が不安定になる | |
| 幻覚や妄想がある | | 暴言や暴行がある | |
| 夜間不眠・昼夜逆転がある | | 徘徊がある | |
| 大声や奇声を発する | | 不潔行為がある | |
| 収集癖や盗癖がある | | 自傷行為がある | |
| 異食行為がある | | 嘘をつくことがある | |
| * その他認知症などの状況や問題行動などで困っている点を記入して下さい。 | | | |