

グループホーム（認知症対応型共同生活介護）サルビア 入居申込書

申込日 年 月 日

ふりがな 利用者氏名	生年月日 明治 大正 昭和				
	年 月 日生 歳 男・女				
住所	電話番号				
連絡先①	氏名 住所	利用者との続柄	電話番号		
連絡先②	氏名 住所	利用者との続柄	電話番号		
緊急時連絡先	氏名 住所	利用者との続柄	電話番号		
身元引受人	氏名 住所	利用者との続柄	電話番号		
医療保険	社保 国保 その他() 老人医療 有・無				
介護保険	介護度 1 2 3 4 5 認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
障害手帳	有(身障・療育・精神) 種 級 交付年月日 年 月 日				
主な病歴		主治医 電話番号			
現在の疾病 発病時期・経過等		服薬 無・有(朝・昼・夜・晩・就寝前)			
家族 の 状 況	氏名	続柄	性別	年齢	職業
現在利用しているサービス					
訪問介護 デイケア 訪問看護 短期入所 訪問リハ 入院 訪問入浴 施設 デイサービス その他					

生活歴・介護状況をお書きください。

利用者及び家族の意向をお書きください。

日常生活の状態について当てはまるものに○をつけてください。

寝返り	・できる (つかまれば)できる ・できない	排泄	・一人でできる・介助が必要・失禁あり ・オムツ・バルーンカテーテル ・尿意(有・無)・便意(有・無)
座位	・つかまらないでできる ・つかまったり、よりかかればできる ・できない	着替え	・一人でできる・遅いができる ・見守り、指示介助が必要
車椅子	・自力で動かせる・できない ・使ったことがない	整容	・一人でできる・遅いができる ・見守り、指示介助が必要
歩行	・一人でできる(杖・装具等)・できない	入浴	・一人でできる・介助が必要 ・入浴車等利用
	最近歩行時に転倒したことは ・ない・たまにある・よく転ぶ	会話	・意思を伝えられる・伝えられない
移乗	・一人でできる・見守りが必要 ・できない(介助)	認知症	・なし・軽度・重度・わからない ・認知症の有無(有・無) ・問題行動
食事	・できる・見守り指示が必要 ・介助が必要 ・経管(鼻腔・胃ろう)	見守りがあれば出来る事	・野菜切り・食器洗い・食事盛り付け ・洗濯干し・たたみ・花の水くれ ・玄関掃除・草取り ・その他()

身体状況について当てはまるものに○をつけてください。

・全く動けない・麻痺(上肢 右 左、下肢 右 左)・拘縮(上肢 右 左、下肢 右 左)
 ・難聴・言語障害・視力障害・飲み込めない
 ・その他の障害()

精神状況について該当するものに○、よくみられる場合◎をしてください。

・夜間眠れない	・意志の疎通が図れない	・便などをこねてしまう	・大声を出したり、奇声をあげる
・同じことを言う	・意志の伝達が一方通行	・トイレ以外から放尿する	・実在しないものが見え、声が聞こえる
・作り話をする	・時間と場所の間違い	・ベットから落下する	・事実ではないことを事実と思いこむ
・物忘れが多い	・興奮しやすい	・よく転倒することがある	・歩き(はい)まわる、外へ出たがる
・年齢を忘れる	・怒鳴る、暴力をふるう	・食品以外の物を食べる	・人から世話されることを嫌う
・満腹感がない	・物をこわす	・自分の体を傷つける	・わざと介護者を困らせる
・状況の認知困難	・うつ状態である	・雑多に物を集めてしまう	・不安が強く、人を呼ぶことが多い

現在困っていることがあれば、お書きください。

担当介護支援専門員(ケアマネージャー)をお書きください。

事業所名(連絡先・電話番号)

介護支援専門員