

社会福祉法人悠遊

「グループホームえごた」利用申込書兼調査書

(提出締切 2018年12月28日消印有効)

利用を希望されるすべての方に、この申込書兼調査書をご記入いただいています。ご協力をお願いします。この申込書の内容をもとにして利用していただく方を決めております。*要介護度や状態等がかわった場合再度提出をお願いする場合があります。

申込日	年 月 日 (社会福祉法人悠遊に提出した日をご記入下さい)
-----	----------------------------------

申込者(連絡先)

申込書記入者	氏名	印	本人との関係	電話	()
主たる介護者	氏名		本人との関係	電話	()
	住所				

利用希望者

ふりがな		男・女	生年月日	明大昭	年 月 日	満 歳
住所					電話	()
被保険者番号					障がい者手帳 (無・有)	手帳種類() 級()
要介護度	要支援 2 1 2 3 4 5					
認知症について	病名				発症	年 月 ごろ
	医療機関				主治医	
利用を希望する理由について	<input type="checkbox"/> 本人が希望している <input type="checkbox"/> 家族が希望している (具体的に)					
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手方のご年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外に同居の方がいる(本人を含め、同居の方全員の人数 人) <input type="checkbox"/> 同居の方で病氣療養中や障がい者がいる					

主に介護している方について	介護する方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で治療中 <input type="checkbox"/> 障害がある 主に介護する方は <input type="checkbox"/> 働いている <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
その他本人に該当するもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> その他行為（具体的に <input type="checkbox"/> 認知症以外に病気がある （具体的に

ご本人の状況

移動	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器使用 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他（ ベッド動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・紙おむつ
食事	摂取状況 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事内容 <input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他（
清潔	<input type="checkbox"/> 口腔清潔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 洗顔 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
入浴	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
視覚	視覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 全盲
聴覚	聴覚 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> かなり遠い <input type="checkbox"/> 難聴

現在受けている介護や治療の様子について

ケアプランなどについて	ケアプランは	<input type="checkbox"/> 作っている	<input type="checkbox"/> 作っていない
	相談できるケアマネージャーは	<input type="checkbox"/> いる	<input type="checkbox"/> いない
	ケアマネージャーの氏名	事業所名	
		電話 ()	
現在使っている介護サービスについて (該当するすべてにチェックを入れてください)	施設系		
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 療養型医療施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス		
	在宅系		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ()		

事業所使用欄 (記入しないで下さい)

申込書受付日	受付者	ホーム長 検印	備考
年 月 日			