

# 入居申込書（エントリーシート） （グループホーム なごみの郷）

申込書記入日 R 年 月 日	住所 (〒 - ) 電話( ) -	
	(フリガナ) 氏名	続柄

【家族構成】

【家族構成図】

氏名	続柄	年齢	同居・別居	

「グループホーム なごみの郷」に入居したいので、次のとおり申し込みます。

利用希望者の状況	フリガナ				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名				住民登録	<input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 区 <input type="checkbox"/> 町 <input type="checkbox"/> 村	
	現住所	(〒 - ) 電話( ) -					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ( 歳)					
	要介護認定 (要支援)	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)				
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		オムツ等	<input type="checkbox"/> オムツ ( <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 昼夜 ) <input type="checkbox"/> 紙オムツ ( <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 昼夜 )				
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
歩行		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 ( <input type="checkbox"/> つかまり <input type="checkbox"/> 歩行杖歩行 <input type="checkbox"/> 車イス )					
視力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 非常に悪い <input type="checkbox"/> 見えない					
聴力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声は聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない					
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない						
認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする。 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要としている。 <small>※自傷行為・せん妄・徘徊・奇声・異食・不潔行為・攻撃的行為等の行動あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載。</small>						
担当ケアマネジャー	氏名			連絡先	( ) -		
	事業所名						

緊急時	【緊急連絡先】	①(氏名)	連絡先 ( ) -
		②(氏名)	連絡先 ( ) -
	【緊急時希望病院】	①	(受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)
		②	(受診歴 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)



## 御家族へのお願い

今後、私どもの施設をご利用される際に、できるだけ多くの情報を頂き、より良いサービスの提供に努力して参ります。お手数ですが、下記への記入にご協力いただきますようお願い申し上げます。(お分りの範囲内で結構です。)

日常生活面	(例)入浴を嫌がられる時は、～というに入ります。等 (※生活の中で特に注意している事があれば別途ご記入下さい。)
生活歴 (必ずご記入下さい。)	<input type="checkbox"/> 出身地⇒ <input type="checkbox"/> 昔、熱中していたもの⇒ <input type="checkbox"/> 過去の勤務会社と勤務内容⇒ <input type="checkbox"/> よくお話されていた昔の思い出⇒  <input type="checkbox"/> 認知症の症状が現れた時期⇒ <input type="checkbox"/> 認知症発症の原因と思われる出来事⇒  <input type="checkbox"/> 一番信頼をしている人(現在と過去)⇒ <input type="checkbox"/> 家族関係(現在と過去)⇒ <input type="checkbox"/> 今まであった危険な出来事(転倒や誤嚥など)⇒  <input type="checkbox"/> 一日の生活の流れ⇒
趣味・ 娯楽面	(例)①野球が好きで、テレビ中継をいつも見ていたので見せてほしい。等

ご協力ありがとうございました。

健康診断書

なごみの郷

氏名		男 ・ 女	明治 大正 昭和	年 月 日生	歳
住所					
検査項目	検査内容等				
身長		視力障害			
体重		聴力障害			
血圧		言語障害			
伝染性疾患	胸部X線	所見	胸部X線像(直接・間接) 肺結核既往(無・有) 異常(無・有)		
	血液検査	HBs 抗原(－・＋) 抗体(－・＋) HCV 抗体(－・＋)			
		1、ガラス板法 (－・＋) 感染性のおそれのある場合 2、凝集法 (－・＋) 定量 3、TPHA法 (－・＋) 感染のおそれ(無・有)			
検尿	蛋白(－・＋) 糖(－・＋) ウロビリノーゲン(－・＋)				
検便	腸管系伝染病原菌 異常(－・＋) 病名( )				
伝染性皮膚疾患	異常(無・有) 病名( )				
四肢の運動機能					
既往歴					
現在の症状及び治療・投薬  ※認知症のある場合には認知症状と服薬状況		医師 所見	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 要観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要入院		
カテーテル	(無・有) 種類:				
上記のとおり診断いたします。 令和 年 月 日 住 所 医療機関名 医師名					