

グループホームサンライズ入居申込書

利用者氏名	性別	生年月日	年齢
フリガナ			
住所および連絡先		〒 -	
電話 () -			
病名	主治医	受診状況	服薬
			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
要介護状態区分		居宅介護支援事業所	
要支援 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		担当介護支援専門員	

日常生活状況（該当するものに○をして下さい）		特記事項および留意事項
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 （ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 ）	
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 義歯／上・下 ・ 箸 ・ スプーン ・ フォーク ）	
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ ポータブル・尿器・リハビリパンツ・尿取り・オムツ ）	
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 （ 清拭のみ ・ 行っていない ・ 介助浴 ・ 機械浴 ）	
着替え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助	
麻痺	有・無 左（上肢・下肢）・右（上肢・下肢）	
視力	正常 ・ 見えにくい ・ 全盲	
聴力	正常 ・ 聴こえにくい（右・左） ・ 難聴	
言語	正常 ・ 少し障害あり ・ 発言葉困難	
認知症	症状・行動	

<主介護者連絡先>

氏名	続柄	世帯状況
フリガナ		同居 ・ 別居
住所および連絡先		〒 -
電話 () -		

世帯状況			
氏名	続柄	年齢	職業

医療法人平成会
 グループホームサンライズ
 TEL 0977-28-0770