

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		担当介護支援専門員
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				

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