

# 入所申込書

グループホームりんりの里 への入居を希望しますので、関係書類を添えて申込します。

平成 年 月 日

入所申込者	フリガナ	性別	生年月日		
	氏名 Ⓜ	男 ・ 女	M・T・S 年 月 日		
住所	〒 ー 電話番号 ( )				
申込代理者	フリガナ	続柄	性別	生年月日	
	氏名		男 ・ 女	T・S 年 月 日	
住所	〒 ー 電話番号 ( )				
現在の状況	要介護度		有効期間 平成 年 月 日		
	□ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5		～ 平成 年 月 日		
	主な病状		いつからですか		
	① ( )		年 月 頃		
② ( )		年 月 頃			
家族構成	□ 入院中 (病院名: ) (入院日 年 月 日)				
	□ 入所 (施設名: ) (入所日 年 月 日)				
	□ 在宅治療中 ○通院 ○往診・訪問介護				
	□ 在宅療養中だが、定期的な治療はうけていない				
家族構成	氏名	続柄	年齢	同・別居	その他(職業など) ※主介護者に印を付けてください



## 身体及び日常生活の状況

意 志 伝 達	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない		
移 動	<input type="checkbox"/> 歩 行 ( 独 立 ・ 杖 ・ 歩 行 車 ・ 介 助 ) <input type="checkbox"/> 車 い す ( 移 動 可 独 力 で 乗 る ・ 移 動 可 介 助 で 乗 る ・ 移 動 不 可 ) <input type="checkbox"/> 全 介 助		
食 事	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 見 守 り <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 飲 み 込 み で き な い		
食 事 形 態	<input type="checkbox"/> 普 通 食 <input type="checkbox"/> 刻 み 食		
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 準 備 <input type="checkbox"/> 半 介 助 <input type="checkbox"/> 全 介 助		
入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 特 浴		
排 便	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> ト イ レ 誘 導 必 要 <input type="checkbox"/> 常 時 オ ム ツ 交 換		
徘 徊	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
補 助 具	<input type="checkbox"/> 眼 鏡 <input type="checkbox"/> 補 聴 器 <input type="checkbox"/> 義 肢 ( 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車 い す		
ア レ ル ギ ー	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
嗜 好 等	<input type="checkbox"/> ア ル コ ー ル <input type="checkbox"/> た ば こ <input type="checkbox"/> そ の 他 (    )		
趣 味			
痴 呆 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
傷 害 の 日 常 生 活 自 立 度	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
痴 呆 性 老 人 の 日 常 生 活 自 立 度	<input type="checkbox"/> 正 常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
問 題 行 動	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	(有の場合)→ <input type="checkbox"/> 幻 覚 ・ 幻 聴 <input type="checkbox"/> 妄 想 <input type="checkbox"/> 昼 夜 逆 転 <input type="checkbox"/> 介 護 へ の 抵 抗 <input type="checkbox"/> 徘 徊 <input type="checkbox"/> 火 の 不 始 末 <input type="checkbox"/> 性 的 問 題 行 動 <input type="checkbox"/> 暴 言 <input type="checkbox"/> 不 潔 行 為 <input type="checkbox"/> 異 食 行 為 <input type="checkbox"/> 暴 行 <input type="checkbox"/> そ の 他		