

グループホーム「まめだすか」利用申込書

| | | | | |
|--------------------------------|---|----------------------|----------------------------------|--|
| 令和 年 月 日 | | I D | | |
| フリガナ 氏名 M・T・S 年 月 日 (歳) | 様 男 女 | 血液型 | TPHA HBs HCV MRSA 疥癬 | |
| フリガナ 住所 | | 電話 | () | |
| かかりつけの医療機関名 | | 病名 | | |
| 申請者氏名 | フリガナ 住所 電話 () | フリガナ 住所 電話 () | 様 男 女 続柄 ⑧ | |
| 歩行 | 1人で (できる ・ できない) (杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子) | | | |
| 排泄 | 1人で (できる ・ できない) (オムツ ・ ポータブルトイレ) | | | |
| 食事 | 1人で (できる ・ できない) | | | |
| 医療処置等 | 無 ・ 有 具体的に () | | | |
| グループホーム利用の動機・介護で困っていることなど | | | | |
| 入居時状況 | 入居年月日 | 家庭 施設 () | | |
| | 年 月 日 | 医療機関 () その他 | | |
| | 障害老人の日常生活自立度 | | | |
| | □正常 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2 | | | |
| | 認知症老人の日常生活自立度 | | | |
| | □正常 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M | | | |
| 長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) ()点 | | | | |
| 判定 | 可 | 特記事項 | 管理者 | |
| | 不可 | | 計画作成担当者 | |
| 年 月 日 | | | 介護 | |
| 退居時状況 | 退居年月日 | 家庭 施設 () | | |
| | 年 月 日 | 死亡 医療機関 () | | |
| 判定 | 可 | 特記事項 | 管理者 | |
| | 不可 | | 計画作成担当者 | |
| 年 月 日 | | | 介護 | |

※この申込書には、介護保険被保険者証の写しを添付してください。