

# グループホーム ライフビラ姫路 入居申込書

申込者(手続きに来た方)

ふりがな		続柄
氏 名		
住 所	〒           —	
自宅電話番号	(        )	
携帯電話番号	(        )	

※この欄は事業所が記入します

申込日	令和       年       月       日
受付日	令和       年       月       日

受付担当者 \_\_\_\_\_

グループホーム ライフビラ姫路を利用したいので、次の通り申し込みます

ふりがな		性別	生年月日	年       月       日
氏 名		男・女	年齢	歳
住 所 (介護保険証の住所)	〒           —			
保険者	市・町		電話番号	(        )
被保険者番号			認定有効期間	令和       年       月       日～ 令和       年       月       日
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 支2		負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		<input type="checkbox"/> 医療機関に入院している <input type="checkbox"/> 施設や高齢者専用住宅に入所している	
	◇現在利用している介護サービスと事業所名		◇病院名又は施設名と入院又は入所期間	
	サービスの種類	事業所名	病院・施設名	入院・入所期間
				令和
	主治医連絡先		医師名	
	病院名		電話番号 (        )	
	担当ケアマネジャー連絡先		担当者名	
	事業所名		電話番号 (        )	
第一連絡先	ふりがな		続柄	
	氏 名			自宅の電話 (        )
	住 所	〒           —		携帯電話 (        )
				緊急連絡先 (        )
第二連絡先	ふりがな		続柄	
	氏 名			自宅の電話 (        )
	住 所	〒           —		携帯電話 (        )
				緊急連絡先 (        )

# グループホーム ライフビラ姫路 入居申込書②

入居をご希望される方の現在の状態をお知らせください

食 事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる(箸・スプーン・フォーク・自助具) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	主食 <input type="checkbox"/> ふつうのご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )	
	副食 <input type="checkbox"/> ふつう食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )	
	咀嚼 <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(上下・上のみ・下のみ・部分) <input type="checkbox"/> 歯茎のみ	
	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食べ物: 薬: 他: )	
	苦手な食べ物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
排 泄	<input type="checkbox"/> 一人で行なっている <input type="checkbox"/> 一部介助(衣類の上げ下げ・パッドの用意・トイレまでの案内)	
	<input type="checkbox"/> おむつ(常時・夜間のみ)(パッド・紙パンツ) <input type="checkbox"/> 排泄器具使用(ポータブルトイレ・尿器)	
	排便 <input type="checkbox"/> 毎日ある(自然排便・薬でコントロール) <input type="checkbox"/> [ ]日毎にある(自然排便・薬でコントロール)	
入 浴	<input type="checkbox"/> 一人が入っている <input type="checkbox"/> 一部介助(衣類の着脱・洗身・洗髪・浴室までの案内)	
歩 行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖で歩く <input type="checkbox"/> 手すり等に掴まり歩く <input type="checkbox"/> 手引き介助 <input type="checkbox"/> 車いす使用(自操・全介助)	
視 力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 低下(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 全盲 メガネの使用(有・無)	
聴 力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや難聴(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 難聴(右・左・両方) 補聴器の使用(有・無)	
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 困難	
認知症の種類	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他( )	
認知症高齢者自立度	<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"/> Ⅴ ※主治医意見書の写しが必要です	
周辺症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 場所が分からない <input type="checkbox"/> 日時が分からない <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想(物盗られ・被害) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他( )	
現病歴 既往歴		
常備薬 内服薬		
好きな事や趣味、これまでの生活習慣		
入居にあたってのご要望があればご記入ください		

申込年月日 令和 年 月 日

申込者\_\_\_\_\_ 印