

入居申込書

令和 年 月 日

フリガナ			大正 昭和 年 月 日
氏名	生年月日		( 歳) 男 ・ 女
住所	〒		電話番号
介護度	支援1	支援2	介護1 介護2 介護3 介護4 介護5
※グループホームへの入居は、要支援2～要介護5までの介護認定と認知症の診断書が必要になります。			
連絡先	氏名	続柄	電話番号
	住所 〒		
紹介者	病院もしくはケアマネ等		
家族構成	現在の状況		
ADL	内容		備考
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食 <input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 粥 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー		
	歩行 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 見守り 車椅子 <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 寝返り <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 立位 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可		
排泄	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙おむつ		
	夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙おむつ		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴		
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> やや不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 眠剤 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
更衣	上衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	下衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
視力障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
聴力障害	<input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 補聴器 ) <input type="checkbox"/> なし		
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬 ) <input type="checkbox"/> なし		