

入居申込書

令和 年 月 日

フリガナ			生年月日	大正 昭和 年 月 日		
氏名				(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 <input type="checkbox"/> 主食 <input type="checkbox"/> 白飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー					
	移動	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 <input type="checkbox"/> 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					