

グループホーム アール・ド・ヴィーヴル やかた 入居申込書

次の通り入居を申し込みます。

申請者	ふりがな		本人との関係		電話連絡先		
	氏名				自宅		
	住所	〒				携帯	
ご本人	ふりがな		性別	生年月日			
	氏名		男・女	年 月 日生(歳)			
	住所	〒		電話番号			
	要介護度	支2・1・2・3・4・5	認定有効期間	年 月 日～ 年 月 日			
生活の状況	自宅で生活 (一人暮らし・夫婦のみ・家族同居)						
	入院中 (病院名:) 病名 ()						
	施設利用状況 (デーサービス・ショートステイ・老健) 施設名 ()						
現在の状況	介護上困っていること、これからの希望など						
主治医							
入居希望時期							
ご家族	家族が いる ・ いない		介護する人が いる ・ いない				
	ふり 氏	がな 名	年齢	続柄	仕事	同居・別居	その他の事情
					有・無		
					有・無		
				有・無			
施設・居宅介護居支援事業者名							
担当ケアマネジャー名							

同意書

ご本人の状況をより詳しく把握する為に必要な場合には、市区町村から要介護認定に関わる認定調査票の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・押印をお願いします。

氏名 (本人)

印

代筆者 (申請者)

印

入居申込者状況（現在の状態をお知らせください） グループホーム アール・ド・ヴィーヴル やかた

入居予定者氏名：

要介護度		要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	
食事	種類	常食	軟食	きざみ食	流動食	禁食		
	介助	自立	一部介助	全介助				
排泄	日中	自立	一部介助	全介助	(オムツ ・ リハパン ・ ポータブルトイレ)			
	夜間	自立	一部介助	全介助	(オムツ ・ リハパン ・ ポータブルトイレ)			
起立		自立	一部介助	全介助				
歩行		自立	一部介助	全介助				
入浴		自立	一部介助	全介助				
着衣着脱		自立	一部介助	全介助				
聴力		正常 ・ 大声で聞こえる ・ 難聴、補聴器（有 ・ 無）						
視力		正常 ・ 低下（左 ・ 右 ・ 両方） メガネ（有 ・ 無）						
睡眠		良眠 ・ 浅い ・ 不眠症 ・ 睡眠薬（有 ・ 無）						
健康状態		良好 ・ 病弱 ・ ケガ治療中 ・ 体力低下						
アレルギー		なし ・ あり（ ）						
身長体重		身長	cm	体重	kg			
意思表示		正常 ・ ときどき可 ・ 困難						
話の理解		正常 ・ ときどき可 ・ 困難						
運動障害		なし ・ 麻痺有り（部位 ）						
精神機能		正常 ・ 意欲低下 ・ 暴言 ・ 暴力						
認知症状		アルツハイマー型 ・ 脳血管障害型 ・ その他（ ）						
		物忘れ ・ 場所や時間がわからない ・ 昼夜逆転 ・ 興奮 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ 徘徊						
		その他						
皮膚疾患		湿疹 なし ・ あり（部位： ）						
		褥瘡 なし ・ あり（部位： ）						
家族の入居同意		全員同意 <input type="checkbox"/>		一部同意の場合（反対の方の続柄とご意見）				
		一部同意 <input type="checkbox"/>						
今まで大切にされておられた事や事柄								
好きな活動、趣味								
その他ご希望等								

平成 年 月 日

氏名（本人）

代筆者

代筆者続柄（ ）

※ファックスまたはご郵送にてお申し込みください。

【郵送先】〒981-3214 仙台市泉区館7丁目201-5 グループホーム アール・ド・ヴィーヴルやかた

【FAX】022-348-2376