

認知症対応型共同生活介護 グループホームポスク 入居申込書

申込日:令和 年 月 日

ご入居を希望される方

お名前	(男・女)
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 生 () 歳
住所	
電話(携帯)	

健康保険	後期高齢者 国保 社保 船員 共済
年金	国民年金 厚生年金 共済 遺族 その他 (月に 万円)
身障手帳	有 : 身体障害()級相当 無

介護保険	手続き済み 手続きしていない
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
担当の支援事業所	
ケアマネージャー名	

主治医	() 病院 ()先生
入院歴 (どんな病気で どこに入院された)	
現在の状況	() 病院入院中 自宅

出身 若い時のお仕事等	()生まれ ()人兄弟 ()学校卒業
	()をして働く ()年に結婚する
	夫・妻の仕事() 子供()人

提出者(ご家族)

お名前	(続柄)
住所	
電話(携帯)	自宅: 携帯: お勤め先: 電話番号:

生活状況

※お分かりになる範囲でご記入ください。

歩き方	杖 押し車 車椅子 歩行器 その他				
	自立 見守り 付き添い 全介助				
食事 食事のとり方 ※出来るだけ詳細に お書き下さい	普通食 あら刻み 小刻み ミキサー				
	自立 見守り 時々介助 全介助 胃ろう 鼻腔				
排泄状況	オムツ ポータブルトイレ トイレ 尿器				
	自立 見守り 時々介助 全介助				
入浴 入浴方法 ※出来るだけ詳細に お書き下さい	清拭 シャワー浴 一般浴				
	自立 見守り 時々介助 全介助				
更衣 ※出来るだけ詳細に お書き下さい	上着	自立 見守り 時々介助 全介助			
	ズボン	自立 見守り 時々介助 全介助			
特に問題ない やや聞こえにくい ほとんど聞こえない 全く聞こえない					
有 無					
普通 弱視 中程度					
白内障(ありなし) 緑内障(ありなし)					
(眼科) 点眼液(ありなし)					
認知症(物忘れ)					
※気になる症状や お困りの事など できるだけ詳しく お書きください					