

社会福祉法人 大樹
認知症対応型共同生活介護

グループホーム入居申込書兼状況調査票

第 () 希望
グループホーム ほくと苑 (新坂町)

第 () 希望
グループホーム 木かげ (西勝山)

第 () 希望
グループホーム ひなた (子平町)

第 () 希望
グループホーム 木だち (西勝山)

次のとおりグループホーム入居を申し込みます。

| | | | | |
|-----|--------------|----------|-----------|----------------|
| 申請者 | (ふりがな) 氏名 | | 続柄 () | 明・大・昭 年 月 日生 歳 |
| | 住所 | 〒 電話 () | | |

| | | | |
|-----|--------------|----------|----------------|
| 利用者 | (ふりがな) 氏名 | | 明・大・昭 年 月 日生 歳 |
| | 住所 | 〒 電話 () | |

| | | | | | |
|-------|---|--|---|------------------------------------|--|
| 本人の状況 | 要介護度 | 支 2・1・2・3・4・5 | 介護保険 被保険者番号 | <small>※健康保険被保険者番号ではありません。</small> | |
| | 現在の状況 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 施設入所中 () <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| | これまでの 主な病気 | | 病院・主治医 | | |
| | 現在の病気 | | 認知症の診断名 | | |
| | 認知症状 | 次にあげるような症状がありますか？ あてはまるものの番号に○をつけてください。 | | | |
| | | 1 | 記憶力の低下 (寸前の記憶がなく、同じことを繰り返したり、何度も同じ事を聞いたりする) | | |
| | | 2 | 理解・判断力の低下 (言葉や単語の意味を理解することが困難で、簡単な質問にも答えられない事がある) | | |
| | | 3 | 見当意識の障害 (今の時間や今いる場所、今一緒にいる人までもがわからない事がある) | | |
| 4 | | 昼夜逆転 (昼間に寝て、夜中になると起きてくることある。また、不安から真夜中に奇声を発したり、ごそごそと動き回ったりする) | | | |
| 5 | 徘徊 (目的がなく歩き続けることがある) | | | | |
| 6 | 幻覚・妄想 (「お金を取られた」「食事を与えてくれない」などの実際にはないことを訴える妄想が起こったり、また、見えないものが見えたり、誰もいないのに会話をしたりする) | | | | |
| 7 | 収集癖 (自分のものではない物や、ごみ、ガラクタなどを持ち帰る行動がみられる) | | | | |
| 8 | その他 () | | | | |

| | | |
|------|--------------------------------------|---|
| 入居意思 | ご希望の入居時期はございますか？ | <input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 数ヵ月後 <input type="checkbox"/> 数年後 |
| 待機期間 | 他の施設、グループホームに申し込まれてどれくらいの期間待機していますか？ | 他に申し込んで (いる ・ いない) 件 待機期間 (年 ヶ月間) |

| | | |
|-----------------|------------------------|---|
| ケアマネジャー | 居宅介護支援事業者名 | ケアマネジャー氏名 : 電話番号 () |
| 介護サービスの 利用状況 | その他の在宅介護サービスを利用していますか？ | <input type="checkbox"/> している () <input type="checkbox"/> していない |
| | 当法人のサービスを利用したことはありますか？ | <input type="checkbox"/> ある () <input type="checkbox"/> ない |

| | | | |
|------|---------------------------------|----|----------------------|
| 家族構成 | 一人暮らし ・ 夫婦二人 ・ 家族等と同居 ・ その他 () | | |
| | 氏名 (ふりがな) | 続柄 | 同居の有無 (別居の場合、住所地を記入) |
| | () | | 同居・別居 () |
| | () | | 同居・別居 () |
| | () | | 同居・別居 () |

※特に知らせておきたい事項などがございましたら併せてご記入ください。

※申込をされた後に、入居を希望されるご本人の状況（要介護度、心身の状況等）及び介護を行っている方の状況などに変化があった場合は、速やかにご連絡されるようお願いいたします。

以下は、記入しなくて結構です。

申込時にスタッフが聞き取りを行う欄となっています。郵送等で受付の場合は、後日ご連絡致します。

| | | | | |
|------|------|---|----|--|
| 身体状況 | 医療行為 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → (必要な行為:) | | |
| | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きい字 <input type="checkbox"/> 見えない | 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞えにくい <input type="checkbox"/> 聞えない |
| | 言葉 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> 話せない | 麻痺 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () |
| | 睡眠 | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 時々眠れない <input type="checkbox"/> 眠れない | | |
| | 特記事項 | | | |

| | | | |
|------|--|---|--|
| 日常動作 | 家の中の移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 (自立・見守) <input type="checkbox"/> 壁などにつかまり (自立・見守) | |
| | | <input type="checkbox"/> 床を這う <input type="checkbox"/> 歩行器等 (自立・見守・介助) <input type="checkbox"/> 車いす (自立・介助) | |
| | 外出時の移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖使用 (自立・見守) <input type="checkbox"/> 壁などにつかまり (自立・見守) | |
| | | <input type="checkbox"/> 床を這う <input type="checkbox"/> 歩行器等 (自立・見守・介助) <input type="checkbox"/> 車いす (自立・介助) | |
| | 転倒の頻度 | <input type="checkbox"/> 転んだことはない <input type="checkbox"/> 時々転ぶ <input type="checkbox"/> よく転ぶ → よく転ぶ場合 (頻度 回/週) 骨折等の経験 () | |
| 着替え | <input type="checkbox"/> 全て自立 <input type="checkbox"/> 準備があれば自立 <input type="checkbox"/> 指示や少しの手伝いのできる | | |
| | <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全ての介助が必要 | | |
| 特記事項 | | | |

| | | |
|------|---------|---|
| 排泄 | トイレに座れる | <input type="checkbox"/> 座ってられる <input type="checkbox"/> 見守りがあれば座ってられる <input type="checkbox"/> 座ってられない |
| | 尿意 | <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない |
| | 失禁 | <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 常時あり → ありの場合 (傾向と頻度) |
| | 排尿 | <input type="checkbox"/> トイレで自立 <input type="checkbox"/> 声がけでトイレ <input type="checkbox"/> パッド内に排尿あり <input type="checkbox"/> 定時交換 |
| | 排便 | <input type="checkbox"/> トイレで自立 <input type="checkbox"/> 声がけでトイレ <input type="checkbox"/> トイレ以外 ※下剤の使用 (有・無) |
| 特記事項 | | |

| | | | | |
|----|------|--|----|---|
| 食事 | 食欲 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 嚥下 | <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり |
| | 摂取方法 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声がけ・見守り <input type="checkbox"/> 介助 | | → ありの場合 () |
| | 食事制限 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり → ありの場合 () | | |
| | 炊事 | <input type="checkbox"/> 好き、できる <input type="checkbox"/> 嫌い、しない <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| | 特記事項 | | | |

| | | |
|----|------|---|
| 入浴 | 今の傾向 | <input type="checkbox"/> 好き <input type="checkbox"/> どちらかと言えば好き <input type="checkbox"/> どちらかと言えば嫌い <input type="checkbox"/> 嫌い |
| | 頻度 | 回/週 時間 : 頃 |
| | 形態 | <input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴 |
| | 洗体 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りでできる <input type="checkbox"/> 指示や少しの手伝いのできる <input type="checkbox"/> 介助 |
| | 洗髪 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りでできる <input type="checkbox"/> 指示や少しの手伝いのできる <input type="checkbox"/> 介助 |
| | 特記事項 | |

聞き取り日 年 月 日
担当者氏名