

グループホーム ひのおか由紀の里入居申込書

グループホームひのおか由紀の里 管理者 殿

申込日 令和 年 月 日

申込者氏名	(フリガナ)		続柄
 ⑩		
住所	〒 -		
電話	自宅		携帯番号

入居希望者の状況について

氏名	(フリガナ)	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他施設に入所中 (施設名:) <input type="checkbox"/> 現在入院中 (病院名: 時期: 年 月)		
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない(一人暮らし) <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護) <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <input type="checkbox"/> 施設や医療機関などから退所を求められているが自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 現在居宅サービスを利用している サービス内容:		
医療	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 主治医: 医療機関: 現在治療中の病気など		
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他施設も申込 ・すでに申込済み () () ・これから申込 () ()		
意見など	(困っていることなど)		
同意書	熊本県または市町村から求めがあり、必要がある場合はこの申込内容を報告することに同意します 令和 年 月 日 氏名: ⑩		

※申込みの際には、被保険者証の写しを添付してください。

入所希望者の身体状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲	眼鏡使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (上肢: 左・右・両) (下肢: 左・右・両) <input type="checkbox"/> 無
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴	補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	硬縮	<input type="checkbox"/> 有 (右: 肩・肘・股・膝) (左: 肩・肘・股・膝) <input type="checkbox"/> 無
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可		移動	<input type="checkbox"/> 歩行 (自力・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子 (自立・一部介助・全介助) 移乗 (自立・一部介助・全介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (一部・総義歯)	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	洗面 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 歯磨 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> Pトイレ		対人関係	<input type="checkbox"/> 協調的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 否定的