

グループホーム リバーサイド長久苑 入所申込書

〒870-0937 大分市南津留91番地1

申込年月日 令和 年 月 日		受付番号	受付者		
申込者様	ふりがな		続柄		
	氏名		連絡先自宅	— —	
	住所 〒 -		FAX	— —	
			携帯	— —	
ご本人様	ふりがな		生年月日 大 年 月 日 歳		
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住所 〒 -		連絡先自宅	— —	
			FAX	— —	
介護保険 報険	被保険者番号		申込時介護度 申請中 支1 支2 1 2 3 4 5		
	介護保険保険者 大分市 ・ その他 ()				
	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日				
担事業 当所	居宅介護支援事業所名				
	住所				
	電話番号	— —	担当者名(ケアマネ)		
現況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 入所・入院 施設・病院名 () 入所・入院時期 年 月 日頃 ・ <input type="checkbox"/> 退所要請あり				
身体 の 状 況	移動 歩行・車椅子	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()			
	食事形態	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらか <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()		
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ()		
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()			
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()			
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 () <input type="checkbox"/> 全介助 ()			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない			
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> 全く聞こえない			
	意志の伝達	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや伝えにくい <input type="checkbox"/> かなり伝えにくい <input type="checkbox"/> 全く伝えられない			
	認知症の状況	<input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為 その他 ()			
	頻度	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週1-2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度			
	医療の状況	既往症および現在治療中の病気等 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素			
かかりつけ医	病院名		医師名		
備考(入所理由等)					

* 添付書類 介護保険証のコピーを添付してください

<お問い合わせ>

グループホーム リバーサイド長久苑 TEL 097-576-7711 FAX 097-576-7710
 特別養護老人ホーム 白水長久苑 TEL 097-520-2711 FAX 097-520-2712