

グループホーム「まめだすか」 利用申込書

令和 年 月 日		I D		
フリガナ 氏名	様 男 女	血液型	TPHA	
M・T・S 年 月 日 (歳)			MRSA	
			HBs	
			疥癬	
		型	HCV	
フリガナ 住所	電話 ()			
かかりつけの医療機関名	病名			
フリガナ 氏名	様 男 女		続柄 ⑧	
申請者氏名	フリガナ 住所			
	電話 ()			
歩行	1人で (できる ・ できない) (杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子)			
排泄	1人で (できる ・ できない) (オムツ ・ ポータブルトイレ)			
食事	1人で (できる ・ できない)			
医療処置等	無 ・ 有 具体的に ()			
グループホーム利用の動機・介護で困っていることなど				
入居時状況	入居年月日	家庭 施設 ()		
	年 月 日	医療機関 () その他		
	障害老人の日常生活自立度			
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
	認知症老人の日常生活自立度			
	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
長谷川式簡易知能評価スケール(HDS-R) ()点				
判定	可	特記事項	管理者	
年 月 日	不可		計画作成 担当者	
			介護	
退居時状況				
退居年月日		家庭 施設 ()		
年 月 日		死亡 医療機関 ()		
判定	可	特記事項	管理者	
年 月 日	不可		計画作成 担当者	
			介護	

※この申込書には、介護保険被保険者証の写しを添付してください。