

ケアコンプレックス高清水 認知症対応型グループホーム 利用申込書

令和 年 月 日		I D	
フリガナ		血液型	TPHA
氏名			MRSA
M・T・S 年 月 日 (歳)			HBs
フリガナ		型	HCV
住所		電話 ()	
かかりつけの医療機関名		病名	
フリガナ		男 続柄	
氏名		様 女 ⑩	
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 ()		
介護度	要支援 ・ 要介護		
ケアマネージャー	(事業所名)		
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
	不可		計画作成担当者
年 月 日			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
	不可		計画作成担当者
年 月 日			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。