

グループホームクローバー利用申込書

お問い合わせ並びにご見学まことにありがとうございました。

利用を希望されるすべての方に、ご記入いただいております。今後のご連絡にも活用させていただきますのでお手数ですが正確にご記入ください。どうぞよろしくお願いいたします。

申込日	平成 年 月 日
-----	-------------------------

申込者 (連絡先)

申込書 記入者	氏 名		本人と の関係		電 話	()
主たる 介護者	氏 名		本人と の関係		電 話	()
	住 所					

利用希望者

ふりがな		男・女	生年 月日	明大昭	年 月 日		満 歳		
氏名									
住所								電 話	()
被保険者番号								障がい者手帳 (無・有)	手帳種類 () 級 ()
要介護度	要支援 2 1 2 3 4 5							有効期間 ～	
利用を希望する理由について	☐ 本人が希望している ☐ 家族が希望している (具体的に)								
現在の居住場所	☐ 自宅 ☐ 子供の家 ☐ 施設 (名称) ☐ 病院 (名称) ☐ その他 ()								
同居の方について	☐ 一人暮らし ☐ ご夫婦のみ (相手方のご年齢 歳) ☐ ご夫婦以外に同居の方がいる (本人を含め、同居の方全員の人数 人) ☐ 同居の方で病気療養中や障がい者がいる								
主に介護している方について	主に介護する方は ☐ 健康 ☐ 病弱 ☐ 病気で治療中 ☐ 障害がある 主に介護する方は ☐ 働いている ☐ 働いていない ☐ 育児中								
主に介護している方の負担感について	☐ 本人と介護者の関係が良好でない ☐ その他介護で困っていることがある (具体的に)								
介護を手伝う方について	介護を手伝う方は ☐ いる ☐ いらない								

その他本人に該当するもの	☐ 徘徊 ☐ 暴力行為 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 大声や奇声 ☐ その他行為（具体的に ☐ 認知症以外に病気がある （具体的に
--------------	--

ご本人の状況

移動	歩行 ☐ 自立 ☐ つかまり歩行 ☐ 杖・歩行器使用 ☐ 介助歩行 ☐ 車いす ☐ その他（ ベッド動作 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
排泄	日中 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 夜間 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 排泄方法 ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 紙パンツ・紙おむつ
食事	摂取状況 ☐ 自立 ☐ 半介助 ☐ 見守り ☐ 介助 嚥下障害 ☐ 無 ☐ 有 食事内容 ☐ 一般食 ☐ 刻み食 ☐ ミキサー食 ☐ その他（
清潔	口腔清潔 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 洗顔 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 整容 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
入浴	入浴 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助
視覚	視覚 ☐ 普通 ☐ やや悪い ☐ ほとんど見えない ☐ 全盲
聴覚	聴覚 ☐ 普通 ☐ やや遠い ☐ かなり遠い ☐ 難聴

現在受けている介護や治療の様子について

ケアプランなどについて	ケアプランは ☐ 作っている ☐ 作っていない 相談できるケアマネジャーは ☐ いる ☐ いない	
	ケアマネジャーの氏名	事業所名
	電話 ()	
現在使っている介護サービスについて (該当するすべてにチェックを入れてください)	施設系 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 老人保健施設 ☐ 療養型医療施設 ☐ グループホーム ☐ 軽費老人ホーム ☐ ケアハウス	
	在宅系 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 福祉用具 ☐ ショートステイ ☐ その他（	
その他（ご意見等）		

この利用申込書、調査書の内容は申込審査、入所決定後の情報以外には使用いたしません。

診 断 書

ふりがな		生年月日	明・大・昭	歳	男・女
氏名			年 月 日		
住所				電話	()
既往歴		診断名	1		
			2		

現 症

麻痺・運動障害	ある・なし(上肢右、左・下肢右、左・体幹)		移 動	自立歩行・杖・歩行器・車椅子・出来ない	
認知症の状態	高度・中等度・軽度・徘徊・失見当・その他()		精神症状	なし・あり()	
褥 瘡	なし・あり 部位()・深さ(cm)		排尿障害	なし・あり()	
栄養状態	良・普通・不良	身長 cm	体重 kg	皮膚疾患	なし・あり()
食事状況	自立・一部介助・全介助		常食・粥食・刻み・ミキサー		治療食()

一般検診

血液型	A・B・AB・O RH(+・-)		ワッツ氏反応	+・- 感染性 なし・あり		
理 学 所 見	心雑音	なし・あり	呼吸音	正常・異常	HBs	
	脈拍	回 不整(なし・あり)	血圧	/		
心電図	異常なし・異常あり()			HCV	HBs抗原	+・-
胸 部 X-P	所見				感染性	なし・あり
					MRSA(なし・あり)感染性(なし・あり) 結核(なし・感染性あり)その他	
医 師 の 所 見				内服薬処方		

上記の通り診断します 平成 年 月 日	住 所
	医療機関名 医 師 名 電 話 F A X
	印