

株式会社ソルハム 陽だまりの家グループホーム 共通入所申込書

受付日	年 月 日
-----	-------

利用希望（事業所）	所在地	電話番号	備考	受付担当者
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 とうはく	東伯郡琴浦町大字徳万70-1	0858-53-0695	琴浦町民に限る	
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 ことうら	東伯郡琴浦町大字逢東123-1	0858-52-1234	琴浦町民に限る	
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 なかやま	西伯郡大山町塩津763-2	0858-58-3004	大山町民に限る	
<input type="checkbox"/> 陽だまりの家 ふなおか	八頭郡八頭町船岡486-2	0858-72-6201	八頭町民に限る	

利用希望者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生
	住所	〒 -	電話番号	

入所理由

現在の 介護 保険 及び 利用 状況	要支援 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割			
	ケアマネジャー 氏名	事業所	電話番号			
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週
	<input type="checkbox"/> 通所（デイ）			<input type="checkbox"/> 訪問介護		
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ			<input type="checkbox"/> 訪問看護		
	<input type="checkbox"/> 短期入所					
	<input type="checkbox"/> その他					
入所時期の希望	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 日 頃入所したいです。 <input type="checkbox"/> 急いでいない（将来必要時）					

申込者 (代理人)	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		続柄	
	住所	〒 -	自宅電話番号	
			携帯電話番号	
			FAX番号	

緊急連絡先	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		続柄	
	住所	〒 -	連絡先①	
			連絡先②	
			FAX番号	

利用料等 支払者	ふりがな		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		続柄	
	住所	〒 -	自宅電話番号	
			携帯電話番号	
			FAX番号	
備考				

私（利用希望者本人及びその家族等）に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所  
他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

年 月 日

利用者氏名

身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 種 級、障害名・障害部位 )				
精神障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B )		療育手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 )	
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 ( <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 同居 ) ・ <input type="checkbox"/> 施設 (病院名【                      】 年 月から入所 (院) 中				
かかりつけ医	医師名		医療機関		電話番号
特別な医療等					
病 歴	病名	入院・通院医療機関	治療中・終了	時期・経過	
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
			<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了		
認知症	認知症の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	認知症の診断名		
	受診状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	医 (病) 院名	主治医	
	経過				
	症状等	<input type="checkbox"/> 被害的になる <input type="checkbox"/> 話しを作る <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 昼と夜が反対 <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 同じ話しを繰り返す <input type="checkbox"/> 物を集める <input type="checkbox"/> 物や服を壊す <input type="checkbox"/> 話しがまとまらない <input type="checkbox"/> 一人で出たがる <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 自分勝手に行動 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
日常生活動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容                      )		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容                      )
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容                      )
		<input type="checkbox"/> 車イス ( <input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助 )		着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容                      )
				言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく話せない <input type="checkbox"/> ほぼ話せない
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 (内容                      )		会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト食		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> ほぼ見えない
<input type="checkbox"/> ミキサー むせ ( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほぼ聞こえない		
性格・対人関係	<input type="checkbox"/> 社交的 <input type="checkbox"/> 内向的 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> おとなしい <input type="checkbox"/> 頑固 <input type="checkbox"/> やさしい <input type="checkbox"/> 気難しい <input type="checkbox"/> まじめ <input type="checkbox"/> おおらか <input type="checkbox"/> 細かいことを気にする <input type="checkbox"/> 話し好き <input type="checkbox"/> 一人が好き <input type="checkbox"/> 人の輪にいるのが好き				

【希望する援助や生活やケアについての意向・要望等 (何でもお書きください)】

私 (利用希望者本人及びその家族等) に関する情報を市町村、担当居宅介護支援事業所  
他の介護施設及び医療機関から収集し、さらに関係機関に対し提供することに同意します。

年 月 日

利用者氏名

代理人氏名

印