

## 入居申込者様状況申告書

ご入居予定者様 氏名	ご記入者様 氏名	記入年月日 20 年 月 日
要介護度	(未申請) 自立 要支援( ) 要介護( )	
認知症	アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 その他( )	
	物忘れ・場所が分からない・時間が分からない・昼夜逆転・興奮・幻覚	
	妄想(物とられ・被害)・暴言・暴力・徘徊 その他の症状( )	
	お困りのこと( )	
身長・体重	身長            c m(測定日    年    月) / 体重            k g(測定日    年    月)	
健康状態	良好 大病はないが体は弱い 病気がちである	
聴力	正常範囲 大きな声で聞こえる 失聴 (補聴器 有・無)	
視力	正常範囲 低下(右・左・両方) 失明 (メガネ 有・無)	
睡眠	良眠 浅い眠り 不眠症 睡眠薬服用：常時・時々・なし	
排泄	自立 一部介助 全面介助 (オムツ・ポータブルトイレ・紙パンツ)	
	お困りのこと( ) (尿失禁・便失禁)	
入浴	自立 一部介助 ( ) 全面介助	
歩行	自立 一部介助 全面介助 車いす使用 (その他 )	
着脱衣	自立 一部介助 ( ) 全面介助	
起立	自立 一部介助 全面介助 手すりなどを利用している	
食事	介助	自立 一部介助 全面介助 (部分入歯・総入歯) 自助具( )
	種類	主食( ) 副食(常食・軟食・きざみ食・流動食)
アレルギー	なし あり (食べ物( )・薬・他：	
意思表示	正常範囲 基本的欲求のみ 困難	
話の理解	正常範囲 まれに理解 困難	
運動障害	なし 軽度麻痺(部位 ) 片麻痺(部位 ) 完全麻痺	
精神機能	正常範囲 意欲の低下 ( )	
皮膚所見	湿疹の有無 (有・無) 有の場合 (部位 )	
	皮膚のかゆみ (有・無) 有の場合 (部位 )	
	褥瘡(床ずれ)の有無 (有・無) 有の場合 (部位 )	
常備薬・内服薬		
今までに大切にされていたものや事柄		
好きな活動・趣味		
グッド・サマリタン・ホームご入居にあたって、ご要望があればご記入下さい		

※ 個人情報は入居判定時及び入居後に使用するためのもので、他では一切使用いたしません。

社会福祉法人グッド・サマリタン サービス付き高齢者向け住宅グッド・サマリタン・ホーム