

グッド・サマリタン・ホーム 入居申込書

申込日 年 月 日

記入者氏名

● 入居を希望される方 ●

お名前			
生年月日	年	月	日生 男・女 (歳)
住所	〒 -		
ご連絡先	() -		
現況	一人暮らし・同居・病院(病院名:) 施設(施設名)		
介護度	申請中 / 要支援(1・2) / 要介護(1・2・3・4・5)		
主治医	医院名		
	担当医師 (TEL)		
居宅介護支援事業所	事業所名		
	担当者 (TEL)		

● ご家族様連絡先 ●

お名前			
住所	〒 -		
ご連絡先	() -		

○同居又はお近くにお住まいでお世話いただけるご親戚の方をご記入ください。

お名前	続柄	年齢	ご連絡先

※個人情報が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。

入居ご希望者様 状況申告書

入居 ご希望者様		記入者氏名	記入年月日			
			20	年	月	日
要介護度	申請中 / 要支援（１・２） / 要介護（１・２・３・４・５）					
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 cm（測定日 年 月） / 体重 kg（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 / 低下（右・左・両方） / 難聴 / 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 / 全介助（オムツ・紙パンツ・パット・ポータブルトイレ）					
	お困りのこと（ ）（尿失禁・便失禁）					
入浴	自立 / 見守り / 一部介助（ ） / 全面介助					
歩行	自立 / 見守り / 一部介助 / 全面介助 / 車いす使用 / 歩行器（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（普通・軟飯・粥） / 副食（普通・一口大・きざみ・ミキサー）				
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					