

グループホーム 庄の里「なごみの家」 利用申込書

ふりがな		申込日	令和	年	月	日
申込者氏名		利用者とのご関係				
連絡先	〒	電 話 () -				
		携帯電話 () -				

ふりがな		性別	生年月日 大正・昭和			
利用希望者氏名		男・女	年	月	日生 (才)	
連絡先	〒	電 話 () -				
		携帯電話 () -				

介護度区分	未申請・申請中・支援1・支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5
-------	-------------------------------------

保険者名	倉敷市	被保険者番号											
------	-----	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定期間	令和	年	月	日から
	令和	年	月	日まで

担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いない
	<input type="checkbox"/> いる (担当者氏名:)
	(事業所名:) (電話番号:)

生活	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす (老夫婦など)
	<input type="checkbox"/> 施設に入所中 (老人保健施設・有料老人ホーム・サービス付き高齢者住宅・その他) (施設名:)
	<input type="checkbox"/> 入院中 (医療機関名: 時期: 令和 年 月頃入院) (病名:)
	※退院、退所後に在宅での介護が <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない

介護	介護者は <input type="checkbox"/> いる (年齢: 才/性別: 男・女/続柄:) <input type="checkbox"/> いない
	介護者は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 就労中 <input type="checkbox"/> その他 ()
	介護を始めた時期: 年 月頃から

身体状況	移動 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 寝たきり
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オシメ
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (レビン・胃ろう・その他)

住宅	介護する上で、住宅に問題が <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	◎「あり」の方はご記入下さい
	<input type="checkbox"/> 自分専用の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある
	<input type="checkbox"/> 2階以上に住んでいて、エレベーターがない <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)

