

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）メビウスまほろば に申込みます。

申込者（連絡先）

申込日 年 月 日

申込者	ふりがな		続柄	電 話
	氏 名			自宅 () 携帯 - -
	住 所	〒 -		

利用者

ふりがな		性別		生 年 月 日	明 大 昭 (歳)
氏 名		男・女			
住 所	〒 -			電 話	()
利用している居宅 介護支援事業者名	電話： ()		担当ケアマネジャー		
かかりつけ病院	電話： ()		主治医		
既往歴					
視 力	1、異常なし 2、やや見えにくい 3、ほとんど見えない			<input type="checkbox"/> 眼鏡使用	
聴 力	1、異常なし 2、大きな声なら聴こえる 3、ほとんど聴こえない			<input type="checkbox"/> 補聴器使用	
言 葉	1、異常なし 2、言葉が出づらい 3、全く話せない				
意思疎通	1、問題なし 2、やや問題あり 3、全く取れない				
移 動	1、長い距離でも歩ける 2、歩けるが不安定 3、全く歩けない <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 杖、歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用				
食 事	1、介助なし 2、一部介助 3、全面介助				
	義歯	あり ・ なし	部分義歯	総義歯	
入 浴	1、介助なし 2、一部介助 3、全面介助			好き ・ 嫌い	
排 泄	1、介助なし 2、一部介助 3、全面介助			<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	
	おむつ使用	常時使用	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間のみ使用 <input type="checkbox"/> 失禁パンツ <input type="checkbox"/> パット使用	
整 容	衣類の着脱	1、介助なし 2、一部介助 3、全面介助			
	洗 顔	1、介助なし 2、一部介助 3、全面介助			
	ハミガキ	1、介助なし 2、一部介助 3、全面介助			
特記事項					
※添付書類	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 の写しをお願い致します ※ <input type="checkbox"/> にチェックをお願い致します。				