

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 () |
| | 住 所 | 〒 - - | | |

利用者

| | | | | | | | |
|------------------|--|--------|---|---|--|--------|---|
| ふりがな | | 性別 | | 明大昭 | 年 | 月 | 日 |
| 氏 名 | | 男・女 | 生 年 月 日 | | | | (歳) |
| 介 護 度 | 支援2 | 要介護 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 負担割合 |
| 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 <input type="checkbox"/> 自力 | | 2、歩けるが不安定 <input type="checkbox"/> 杖、歩行器使用 | | 3、全く歩けない <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 | | |
| | 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 |
| 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。 | | | | | | |