

認知症対応型共同生活介護 グループホーム都和のはな 利用申請書②

申請書作成日 年 月 日

氏名(ふりがな)		性別	生年月日		年齢
			年 月 日		
住所 (〒)				電話	
視力 見える・目の前は見える・見えない 眼鏡(有・無)、障害者手帳(有・無)				身長	cm
聴力 聞こえる・大きな声は聞こえる・聞こえない、補聴器(有・無)、障害者手帳(有・無)				体重	kg
障害高齢者の日常生活自立度		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・VM			
食事	自立・見守り・一部介助・全介助		義歯	有(上・下) 無	
食事形態	主: 普通・軟飯・粥・他()		制限食	有()・無	
	副: 普通・一口大・刻み・他()		アレルギー	有()・無	
歩行	自立・見守り・一部介助・全介助		福祉用具	有()・無	
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		更衣	自立・見守り・一部介助・全介助	
排泄動作	自立・見守り・一部介助・全介助		トイレ	和式・洋式・ポータブルトイレ	
通院先 (往診先)	病院名		専門科		
	医師名		診察間隔	月	回
	病院名		専門科		
	医師名		診察間隔	月	回
	病院名		専門科		
	医師名		診察間隔	月	回
処方内容	薬情報添付(有・無)				
家系図 本人◎ 死亡● 男性□ 女性○ 同居者を囲む			住居	一戸建て・賃貸・他()	
			精神状態 【具体的な状態】		
			興奮・自傷・他害・落ち着き無し		
			被害妄想・幻覚幻聴・特になし		
			その他()		
			【最近見られる症状や行動】		

受付年月日 年 月 日 受付者氏名

G申*2011.5.16