

7) 家族状況

| 続柄 | 氏名 | 年齢 | 職業 | 勤務先・連絡先 | |
|----|----|----|----|---------|-----|
| | | | | 会社名 | TEL |
| | | | | 会社名 | TEL |
| | | | | 住所 | |
| | | | | 会社名 | TEL |
| | | | | 住所 | |
| | | | | 会社名 | TEL |
| | | | | 住所 | |
| | | | | 会社名 | TEL |
| | | | | 住所 | |

※ 主介護者氏名 ()

※ 担当ケアマネージャー氏名 ()

現在介護で困っていることは何ですか？

施設利用申込書

(ソフトハンド勝平・茨島・浜田共通)

| 有限会社 ルーク | | |
|--|--|---|
| グループホームソフトハンド勝平 〒010-1605 秋田市新屋勝平町10番32号 TEL 018-863-7322 FAX 018-863-7329 | グループホームソフトハンド茨島 〒010-0065 秋田市茨島4丁目1番8号 TEL 018-867-8871 FAX 018-867-1671 | グループホームソフトハンド浜田 〒010-1654 秋田市自在山47番地9 TEL 018-874-8282 FAX 018-828-8585 |

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|-----------|--------|---------|--------|----------|----------|---------------|
| 入居者 氏名 | フリガナ | 様 | 男 女 | 生年 月日 | 明・大・昭 | 年 月 日 (歳) |
| 入居者 住所 | 〒(-) | | 電話 | | () | |
| 身元引受人 氏名 | 印 続柄 | | 電話 | | () | |
| | 〒(-) | | 住所 | | 携帯電話 () | |
| 介護保険証 | 被保険者番号 | | | | 要介護認定 | 要支援()・要介護() |
| | 認定有効期間 | 年 月 日 ~ | | | 年 月 日 | |

1) 施設利用の動機について

| |
|--|
| |
|--|

2) 本人の状態について

| | | |
|------|-----------------------------|--|
| 認知症 | ・ 病名() ・ 主症状() | |
| | ・ 問題行動 () | |
| 歩 行 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | 使用器具 杖・四点杖・歩行器・補装具() |
| | 歩行距離 (約 m) | 自走式車椅子・介助式車椅子・リクライニング式 |
| 排 泄 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | オムツ類: パット・紙パンツ・紙オムツ (サイズ S・M・L) |
| | 日中の排泄回数 排尿: 約()回 排便: 約()回 | 夜間の排泄回数 |
| | ポータブルトイレの使用: 無・有 | 最終排便 月 日 下剤の使用 下剤の種類: ()・使用頻度: 1回/()日 |
| 着 脱 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | 衣服種類: 普通・自助用・介助用() |
| 食 事 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | 箸・スプーン・フォーク・補助具() |
| | 主食 常食・粥食(分粥) | その他・食事制限等 |
| | 副食 常食・荒刻み・極刻み・ミキサー | |
| 座位保持 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | 特記事項: |
| 入 浴 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | 特記事項: |
| 服 薬 | 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 | 特記事項: |

3) かかりつけの病院

| | | | |
|---------------------------------|--|-----|--------|
| 病院名 | | 住 所 | 〒(-) |
| 主治医氏名 | | 電 話 | () |
| 現在の病名 () 入院 (年 月 日 より) ・ 通院中 | | | |

