

あきる台グループホーム 秋川・滝山 入居申込書

平成 年 月 日

あきる台グループホーム 秋川・滝山 に入居申込します。

《入居者》		※受付番号	秋川・滝山	NO.		
住 所	(〒 -)					
ふりがな 氏 名		TEL				
生年月日		年齢	性別	男・女		
生活形態	1. 一人暮らし 2. 夫婦のみ 3. 家族と同居 4. その他 ()					
現在の生活	1. 自宅 2. 一般病院 3. 療養型病床群 4. 老人保健施設 5. 特別養護老人ホーム 6. 有料老人ホーム 7. その他 () 施設名【 】					
介護認定	要支援	1	2	3	4	5
担当 居宅介護支援 専門員	事業所名					
	氏名		TEL			

《申込者》

住 所	(〒 -)					
電話番号	御自宅	-	-	携 帯	-	-
ふりがな 氏 名	印		生年月日			
年 齢			続 柄			

※ 上記各項目にご記入くださるようお願いいたします。後日、当方よりご連絡を差し上げ、面接にお伺いする日程を決めさせていただきます。

※ 面接時にご用意して頂くもの : 健康保険証、介護保険証、診断書

〒197-0804 東京都あきる野市秋川 6-8-5 あきる台グループホーム 秋川
TEL/FAX 042-558-1606

〒197-0804 東京都あきる野市秋川 5-1-8 あきる台グループホーム 滝山
TEL/FAX 042-550-6105

健康診断書
(グループホーム 秋川・滝山 入居申込み)

受診者 住所 氏名 男・女 明治 大正 昭和 年 月 日生

既往症			
傷病名			
症状、治療経過			
一般状態	血圧 _____ mmHg 聴打診等：		
服用中の薬			
身長	c m	体重	k g

血液	ガラス板法 () 又はRPR法 () TPHA法 ()		
ウイルス性肝炎	HBS (抗原 - +) (抗体 - +) HCV ()		
皮膚疾患	無 ・ 有 (病名：)		
結核性疾患等	X線検査結果 () ※ 過去3ヶ月以内の検査結果をお願いします。 その他検査結果 ()		
その他			
食事	食事制限 有 () ・ 無		

障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
痴呆性老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
精神疾患及び行動障害	有 ・ 無	<ul style="list-style-type: none"> ・ 記憶障害 ・ 失見当 ・ 感情失禁 ・ 興奮性 ・ 幻覚 ・ 妄想 ・ せん妄 ・ 徘徊 ・ 弄便 ・ 自傷他害 ・ その他 () 	
認知症スクリーニングテスト	テスト名	点数	

上記の状態なので認知症対応型グループホームの共同生活に支障のないものと診断します。

平成 年 月 日 医療機関名
所在地
医師 氏名 印