リーベン鎌ケ谷　認知症対応型共同生活介護

入居申込書①

記入日　　　年　　　月　　　日

リーベン鎌ケ谷　認知症対応型共同生活介護への入居を申し込みします。

（ふりがな）

本人氏名

現住所　　　〒

生年月日

明　治　・　大　正　・　昭　和　　　　年　　　月　　　日　　　（　　　　　歳）

電話番号

要介護度（該当するものに○印をお願いします）

　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５　その他（　　　　　　　　　）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 身元引受人  （連絡先・送付先） | （ふりがな）  氏名 | （続柄） |
| 住所　　〒 | |
| 電話番号 | |

※今後、施設からの連絡は上記の身元引受人の方にさせていただきます。

※連絡をさせていただく時に、ご都合の良い時間帯や曜日などがあれば下の（　　）にご

記入ください。

入居申込書②

記入日　　　　　　年　　月　　日

１、基本情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 入居希望者 | 氏名：  年齢：  性別：　男　・　女 | | |
| 要介護状態区分 | 介護１　・　介護２　・　介護３　・　介護４　・　介護５ | | |
| 認知症  日常生活自立度 | 自立　・　Ⅰ　・　Ⅱa　・　Ⅱb　・　Ⅲ　・　Ⅲa　・　Ⅲb  Ⅳ　・　M | | |
| 家族状況 | （同居家族　氏名） | 続柄 | 年齢 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| （同居以外　家族氏名） | 続柄 | 年齢 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

２、医療情報

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 病名（既往症） | 発症年月日 | かかりつけの  医療機関 | 経過（内服治療中、経過観察、完治など） |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 備考 | | | |

３、身体及び日常生活動作状況

|  |  |
| --- | --- |
| 移動 | □独歩　　□杖歩行　　□シルバーカー歩行　　□車椅子自操  □見守りが必要　　□一部介助が必要 |
| 食事 | １、摂取動作  □自立　　□声かけ、見守り　　□半介助　　□全介助  ２、食事形態  □普通食　　□おかゆ　　□一口大　　□刻み  □糖尿病食　（　　　　　　　　　　　　　kcal）  □塩分制限食　（　　　　　g）  □その他　（  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | １、日中  □トイレ使用　　□ベッド使用　　□紙パンツ使用  □紙オムツ使用　　□排泄の介助が必要  ２、夜間  □トイレ使用　　□ベッド使用　　□紙パンツ使用  □紙オムツ使用　　□排泄の介助が必要 |
| 入浴 | □自立　　□声かけ、見守りが必要　　□半介助 |
| 会話 | □意思疎通ができる　　□一部は可能　　□まったくできない |

４、認知症に伴う行動障害について

|  |
| --- |
| □まったくなし　　□徘徊　　□異食　　□被害妄想　　□失見当　　□暴力行為  □火の不始末　　□昼夜逆転　　□不潔行為　　□不活発・閉じこもり  □物忘れ　　　□無気力　　　□介護への抵抗 |
| （認知症の症状で困っていることを具体的に記入してください。） |

受付日　　　年　　　月　　　日　　受付担当者