

入居希望者の心身の状況について

(分かる範囲でご記入ください)

■今までに患った疾病や怪我等について（既往歴）

疾病や怪我の名前	病院名	入院	おおよその時期
		有・無	

認知症診断	年 月 頃から	診断名

生活状況等	食事	・自立 ・一部介助 ・全介助	形態	<主食>ご飯・お粥・その他() <副食>普通・キザミ・ミンチ・ペースト		
	備考					
	飲み込みの状態	・問題ない ・たまにむせる ・よくむせる ・飲み込めない(胃ろう・経管栄養) ・吸引器使用				
	備考					
	移動	・歩行(杖・歩行器・押し車) ・車椅子(介助なし・介助あり) ・リクライニング式車椅子				
	備考					
	椅子等への乗り移り	・自立 ・一部介助 ・全介助	立位保持	・可能 ・介助すれば可能 ・不可能		
	備考					
	排せつ	・自立 ・一部介助 ・全介助	排せつ場所	・トイレ ・ポータブルトイレ ・尿器 ・おむつ ・バルーンカテーテル ・ストマ		
	備考					
衣服の着脱	・自立 ・一部介助 ・全介助	入浴	・自立 ・一部介助 ・全介助 ・(施設)			
備考						
認知症状等	性格		程度	・軽度 ・中度 ・重度 ・分からない		
	症状等 ※複数可	・物忘れ ・夜間不眠 ・昼夜逆転 ・被害妄想 ・幻覚 ・幻聴 ・作話 ・感情失禁 ・大声 ・物を集める ・不潔行為 ・徘徊 ・食べられないものを口にする(異食) ・暴言 ・暴行 ・抵抗 ・その他()				
その他	※介護する上で、気をつけておられること等ございましたらご記入をお願いします。					

※入居申込書に係る個人情報に関しまして、当施設入居に関する業務以外には使用いたしません。
 ※申込後内容等に変更ございましたら、ご連絡をお願いします。

社会福祉法人 福寿会
 グループホーム アクール～acoeur～
 〒631-0811 奈良市秋篠町1567番地
 TEL 0742-45-9588
 FAX 0742-44-6567

【施設確認欄】

管理者	受付日	申し込み方法
	令和 年 月 日	来園 ・ 郵送 ・ その他