

七野会 グループホーム 申請用情報シート

氏名: _____ 様

記入者:

続柄:

記入日: 20__年 ____月 ____日

生活歴 本人の意向	
ご家族のサポート状況	
ご本人の介護に対する意向・各種サービス利用時のご様子	
ご家族の介護に対する意向 困っている事等	
日中のご様子	
夜間のご様子	
お好きなこと	
各種制度等	生活保護・後見人制度・日常生活自立支援事業・身障手帳
麻痺	なし ・ あり（部位: _____）
意思疎通	問題なし ・ 簡単な指示ならば可 ・ 不可
認知症	診断名: _____（ _____ ）病院（ Dr.）（20__年 ____月 ____日） いつ頃から: _____ 長谷川式 /30点（20__年 ____月 ____日）
BPSD	なし ・ あり 徘徊 ・ 暴言 ・ 不潔行動 ・ 昼夜逆転 ・ 声を上げる ・ その他（ _____ ）

嚥下障害	なし ・ あり (状態:)
聴覚障害	なし ・ あり (全く聞こえない・ほとんど聞こえない・補聴器を使用すれば聞こえる)
視覚障害	なし ・ あり (全く見えない・目の前のものは見える・眼鏡使用)
食事	自立 ・ 自立だが時間を要する ・ 一部介助 ・ 全介助
食事形態	主食 (米飯 ・ 粥 ・ ミキサー ・ その他〔 副食 (常食 ・ きざみ ・ ミキサー ・ その他〔 水分 (とろみあり・ とろみなし) その他 特記 : 糖尿病食 塩分制限 アレルギー など
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ ポータブルトイレ(介助要・不要) おむつ (日中 ・ 夜間 ・ 終日 ・ リハパン ・ 尿パット)バルーン ストマ 尿意 (あり ・ なし ・ 不明) 便意 (あり ・ なし ・ 不明) その他 特記 :
入浴	家庭浴槽・リフト浴・特浴 ・ 清拭 その他 特記 :
移動	歩行 自立 (杖 ・ 伝い歩き ・ 歩行器) / 要見守り / 要介助 / 歩行不可 車椅子 (自走 ・ 介助) 移乗(自立 ・ 介助) 過去の転倒や骨折について:
立位	自立 ・ 介助 ・ 不能
体動	自立 ・ 一部介助 ・ 要体交 ・ エアマット使用(あり ・ なし)
座位保持	可能 ・ 背もたれあれば可能 ・ 不可能
特別な医療	なし・あり (例:インシュリン / 酸素吸入 / 痰の吸引 / 褥瘡ケア / 点滴 など)
既往症	
内服薬	
主治医	()病院・診療所・クリニック (Dr.)
定期通院	()病院・診療所・クリニック()科 ()病院・診療所・クリニック()科 ()病院・診療所・クリニック()科
他施設への申請状況	
その他特記事項	