

## グループホームのお申し込みについて

◎PDFを印刷して手書き、もしくはExcel入力どちらでも受付可能です。

◎「転倒・転落防止のためのアセスメントシート」もご記入いただき、入居申込書と合わせてご提出をお願い致します。

◎「入居申込書」「転倒・転落防止のためのアセスメントシート」が総合相談室に到着いたしましたら、内容を確認し相談員からご連絡をさせていただきます。

### 【ご提出方法】

◇メール添付：sodan@aishima.co.jp

◇Fax：045-360-3512

◇郵送：下記宛名ラベルを封筒に貼り付けてご活用ください

〒246-0022

横浜市瀬谷区三ツ境73-7  
株式会社アイシマ

総合相談室 宛



# 【転倒・転落防止のためのアセスメントシート】

(グループホーム入居申込書添付書類)

入居希望者氏名

株式会社アイシマ

該当項目にチェックをお願い致します		補足があれば ご記入ください	相談室 使用欄
A	認知症状	認知症状はみられない <input type="checkbox"/>	2
		認知症の症状が多少みられる <input type="checkbox"/>	4
		認知症の症状がかなりみられる <input type="checkbox"/>	5
B	行動障害	判断力・理解力・記憶力の低下がみられる <input type="checkbox"/>	5
		目的もなく動き回る（徘徊やベッド上等で多動） <input type="checkbox"/>	2
		夜間の不眠や不穏がある、昼夜逆転傾向である <input type="checkbox"/>	4
		不穏・興奮等がある <input type="checkbox"/>	4
		幻視・幻聴がある <input type="checkbox"/>	1
		物盗られ等の被害的になることがあり、探し回る <input type="checkbox"/>	3
		能力の過信や危険性の認識不良がある <input type="checkbox"/>	4
		頑固である <input type="checkbox"/>	3
		周りに左右されやすい <input type="checkbox"/>	1
		コールを押さないで行動しがちである <input type="checkbox"/>	5
		コールを認識できない・理解できない <input type="checkbox"/>	5
		何事も自分でやろうとする <input type="checkbox"/>	4
		環境の変化に慣れていない、慣れにくい <input type="checkbox"/>	1
C	既往歴	過去に転倒・転落したことがある <input type="checkbox"/>	6
		脳原性・神経原性の疾患がある（失神したことがある） <input type="checkbox"/>	3
D	感覚	視力障害がある <input type="checkbox"/>	1
		聴力障害がある <input type="checkbox"/>	1
		足の裏が付いている感じがしない <input type="checkbox"/>	1
E	運動機能	足腰及び下肢の筋力低下がある <input type="checkbox"/>	5
		上・下肢に痛みやしびれ感がある <input type="checkbox"/>	3
		麻痺がある <input type="checkbox"/>	1
		骨・関節異常がある（拘縮・変形） <input type="checkbox"/>	3
F	活動領域	歩行時、前屈姿勢、ふらつきや傾きや小刻み歩行、つまづくことがある <input type="checkbox"/>	4
		端座位及び背もたれがあっても座位がとれない <input type="checkbox"/>	1
		歩行に杖や歩行器が必要である <input type="checkbox"/>	1
		常に車椅子を使用も、立位や立ち上がりは一人で行う <input type="checkbox"/>	2
		車椅子移動しているが。移乗は自分で行う <input type="checkbox"/>	2
I	薬剤	睡眠安定剤を服用している <input type="checkbox"/>	2
		利尿剤を服用している <input type="checkbox"/>	1
		下剤を服用している <input type="checkbox"/>	1
J	排泄状況	尿・便失禁がある <input type="checkbox"/>	2
		頻尿である <input type="checkbox"/>	1
		ポータブルトイレを使用している <input type="checkbox"/>	1
		排泄に介助が必要である <input type="checkbox"/>	5
ご記入された方		続柄	

記入日：令和 年 月 日