

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

【入居申込書】

申込日	年	月	日				
ふりがな				生年月日			
入居希望者氏名				年号	年	月	性別 日
入居希望者住所	〒 —						
介護保険情報	介護区分	有効期間	年月日				
	保険者	番号	～ 年月日				
ふりがな				続柄	申請者ご連絡先		
申請者氏名					電話 ①		
申請者住所	〒 —			電話 ②			
Fax							
3親等以内の ご親族様	<input type="checkbox"/> いる (氏名 続柄) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 成年後見人制度利用中、申請中						
ご親族様お勤め先	会社名			電話番号			
現状	<input type="checkbox"/> 自宅生活 <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> 施設入居中 () <input type="checkbox"/> その他 ()						
生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 (区 担当者 Tel) <input type="checkbox"/> 受給していない						
診断名							
主治医	病院名			科目			
病院名				科目			
申込理由							
担当ケアマネジャー	事業所名			ケアマネジャー氏名		電話番号	
状況 認知症 症状	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シルバーー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車椅子					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	嗜好品	<input type="checkbox"/> タバコ <input type="checkbox"/> お酒					
		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 感情不安定 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 盗食 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 多弁多動 <input type="checkbox"/> 脱衣更衣 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 性的異常行動 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 意思の疎通困難 <input type="checkbox"/> 無為自閉					
		<input type="checkbox"/> その他					

お申し込みの際には【入居申込書】と【転倒転落防止のためのアセスメントシート】をご提出ください。

メール添付(sodan@aishima.co.jp)、Fax送信、郵送 いずれの方法でも受付可能です

株式会社アイシマHP

【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 使用機能
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
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

統
柄

記入日：令和 年 月 日