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　令和　　年　　月　　日

ふりがな		生　年　月　日	年齢	性別
入居希望者氏名		年号　　年　　月　　日	歳	
入居希望者住所	〒　　ー			
介護保険情報	介護区分	有効期間 R　　年　　月　　日 ～ R　　年　　月　　日		
	保険者	番号	負担割合	
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	〒　　ー		電話②	
			Fax	
3親等以内のご親族様	□ いる　（氏名 続柄　　）			
	□ いない　□ 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	□ 自宅生活　□ 入院中　（　　）			
	□ 施設入居中（　　）　□ その他（　　）			
生活保護	□ 受給中（　　区　担当者　　Tel　　）			
	□ 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				
担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ	事業所名	ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ氏名	電話番号	
状況	歩行	□ 自立　□ ｼﾙﾊﾞｰｶｰ　□ 歩行器　□ 手引き　□ 車椅子		
	食事	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助		
	入浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助		
	嗜好品	□ タバコ　□ お酒		
	認知症症状	□ 徘徊　□ 幻覚妄想　□ 暴言暴力　□ 大声　□ 感情不安定　□ 異食		
		□ 盗食　□ 収集癖　□ 多弁多動　□ 脱衣更衣　□ 不潔行為		
		□ 性的異常行動　□ 物忘れ　□ 自殺企図　□ 帰宅願望　□ 介護拒否		
		□ 昼夜逆転　□ 意思の疎通困難　□ 無為自閉		
		□ その他（　　）		

※収集させていただいた個人情報はグループホームの入居に係る手続きの他、医療、看護、薬局、その他必要機関への情報提供に使用させていただきますので、ご了承の上お申し込みください。

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

ご記入された方		続柄	

記入日：令和　　年　　月　　日

（東京都福祉保健局のアセスメントシート参考）