

認知症について	診断	<input type="checkbox"/> あり → <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症 (FTD) <input type="checkbox"/> その他 ()
	日常生活自立度判定基準	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
入居希望者の状況	入居申込をする理由	
	病歴	
介護環境	介護者状況 (当てはまる項目にチェックを記入)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない
		<input type="checkbox"/> 介護者がいるが、次の理由により介護が十分ではない
		(1) <input type="checkbox"/> 介護者が70歳以上、且つ同一住居内の世帯全員が70歳以上
		(2) <input type="checkbox"/> 介護者が要介護1以上か、身体障害者手帳3級以上の認定を受けている (介護者氏名 :)
		(3) <input type="checkbox"/> 介護者が複数人を介護している (要介護者氏名 :) (要介護度:)
		(4) <input type="checkbox"/> 介護者が就労中である【フルタイム勤務・ 自営・ パート勤務】 (介護者氏名 :)
(5) <input type="checkbox"/> (1)～(4)以外の理由で介護することが難しい (介護者氏名 :) (理由 :)		
その他 (特に知らせたいことや現在介護する上で困っていることがあれば記入して下さい)		

要支援・要介護度、介護環境等に変更があった場合は、必ず届け出てください。

年 月 日

入居申込者氏名

代筆者氏名

自筆サインでご記入ください

社会福祉法人わたなーる
 グループホーム **ロンジェ**
 〒104-0042
 東京都中央区入船1-1-13-6階