

グループホーム かなしょうず園 入居申込書

受付日	年 月 日
受付者	

1. 申込者の情報(今後の連絡先にさせていただきます。)

ふりがな		続柄		電話番号	
氏名				()	
ご住所	(〒 —)			携帯電話番号	
				()	

2. 入居希望者の情報

ふりがな		性別		生年月日		
氏名		男 女	明大昭	年 月 日(歳)		
ご住所	(〒 —)			電話番号		
				()		
介護保険被保険者番号		要支援	要介護	認知症日常生活自立度		
		2	1 2 3 4 5	I IIa IIb IIIa IIIb IV V		
現況 (該当箇所へご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 家族等と同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 施設入所または入院中 施設名または病院名		居宅支援事業所	担当介護支援専門員または相談員		
			入所または入院時期			
			平成 年 月 日から 入所中・入院中			
医療機関		主治医 (医療機関名)	()			
現病及び 既往歴						
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> オムツ		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
認知症状等				本人の入居意思		
				有 無 不明		
生活歴			家族構成			
			主介護者	続柄 ()		
同意書	グループホームの入所について説明を受け、次のことに同意します。 1. 入所希望者の状況について、介護支援専門員や病院関係者へ確認すること。 2. 保険者から要求があった場合、この申込情報を保険者へ提供すること。 平成 年 月 日 氏名(本人) (印) (代理人) (印)					

* 介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。