

グループホームふるまい見附 入居申込書

グループホームふるまい見附 に入居したく、本書の通り申し込みます。

お申し込み日	令和 年 月 日			
入居ご希望者	フリガナ			男・女
	名前			
	住所	〒 ー		
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生(満 歳)		
	電話番号			
	現在の居住場所			
介護保険	被保険者番号			
	要介護度	自立 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中		
	認定期間			
担当 ケアマネジャー	事業所名			
	氏名	TEL		
年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()			
	1ヵ月当たりの受給額 約 円			
申し込み者	フリガナ			男・女
	名前			
	住所	〒 ー		
	続柄			
	①電話②携帯	①	②	
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス（施設名： 利用頻度： ）			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ（施設名： 利用頻度： ）			
	<input type="checkbox"/> 訪問ヘルパー（施設名： 利用頻度： ）			
	<input type="checkbox"/> そ の 他（施設名： 利用頻度： ）			
既往歴	病名	医療機関	期間	
			年 月 日～	
			年 月 日～	
			年 月 日～	
			年 月 日～	
			年 月 日～	
・主治医：()Dr ()病院・医院 ()科				

※裏面もご記入ください

身体状況	食事	・状態(自立・一部介助・全介助) ・形態 主食(ご飯・粥) 副食(普通・刻み・ミキサー・とろみ) ・備考()
	排泄	・状態(自立・一部介助・全介助) ・方法(トイレ・ポータブルトイレ・尿取りパット・リハビリパンツ・オムツ) ・備考()
	入浴	・状態(自立・一部介助・全介助) ・方法(一般浴・シャワー浴・特殊浴) ・備考()
	移動	・歩行状態(自立・伝い歩き・補助具使用) ・車椅子(自力・介助) ・補助具(杖・歩行器・シルバーカー・その他) ・備考()
	精神状態	・認知症の診断(有・無) ・症状等(昼夜逆転・夜間徘徊・夜間独語・暴力行為・暴言・介護への抵抗・ 自傷・興奮・不穏・被害妄想・不潔行為・異食) ・その他()
	視力	・右(見える・見えにくい・見えない) ・左(見える・見えにくい・見えない) ・眼鏡(有・無)
	聴力	・右(聞こえる・聞こえにくい・聞こえない) ・左(聞こえる・聞こえにくい・聞こえない) ・補聴器(右・左・無)
グループホームで の生活の意向 (こんな生活を送り たい。送ってほしい 等)	【ご本人様】	
	【ご家族様】	
※お申し込み後、状況が変わったり、他施設への入居・入所が決まった等で申し込みを取り下げる場合は、できるだけ速やかにご連絡ください。		
情報収集に関わる同意		
ご記入いただいた個人情報につきましては、入居検討の資料を目的としてのみ使用させていただきます。		
令和 年 月 日		
入居希望者 _____ 印		
入居希望者の家族 _____ 印		

【お問い合わせ先】 TEL:0258-86-8111
(グループホームふるまい見附: 阿部 結花)

対応者()