

株式会社生活サポートーふるまい 御中

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	〒 -			
	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カ月当たりの受給額		約	円	
申し込み者	フリガナ			男・女	
	名前				
	住所	〒 -			
	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"/> その他の (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)
		【ご本人様】 【ご家族様】
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)	※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。	
情報収集に関する同意		
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()