

グループホーム 入所申込書①

申込日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

申込者(手続きに来られた方)

フリガナ 名前		続柄	
住所	〒 - - 電話番号 - - 携帯 - -		

○貴施設に、入所したいので申し込み致します。

フリガナ 名前		男・女	明大昭	年	月	日生(歳)
住所	〒 - - 電話番号 () 携帯 - -						
介護保険	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	被保険者番号				
認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日迄		負担割合証		1割・2割		
健康保険	種別		番号・記号				
年金等	種別						
現状	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称					
	<input type="checkbox"/> 入院中	TEL	-	-			
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院・入所期間	年	月	日~		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 道具:						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <オムツ使用> ・なし ・夜のみ ・常に使用						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <主食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> おにぎり(個) <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <副食> <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 極刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> その他						
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 浴槽の種類:						
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 メガネの有無: 有・無						
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器の有無: 有(右・左)・無						
言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由						
行動障害	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他 <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>						
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門設置 <input type="checkbox"/> その他 ※現在治療中の病名【 】 ※受診医療機関【 】 ※特記事項 <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>						

グループホーム 入所申込書②

入所を希望する理由						
家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	住所	電話番号
	フリガナ					(携帯)
	フリガナ					(携帯)
	フリガナ					(携帯)
	フリガナ					(携帯)
	フリガナ					(携帯)
身元引受人 (保証人) 氏名	フリガナ		続柄		住所	
電話	— —			携帯	— —	
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃迄には入所したい					
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込んでいる()ヶ所 他の施設名 ()					
特記事項						
担当	氏名			電話番号		
ケアマネージャー	事業所名			FAX番号		

その他福祉サービス利用状況

※お手数ですが添付資料として、直近3カ月のサービス提供票をお付けください。

