



グループホーム 伏見台ふれあいの家 入居申込書

平成 年 月 日

申込者	ふりがな		続柄又は関係	
	氏名		住所	〒
	固定電話		携帯電話	

次のとおり、グループホーム 伏見台ふれあいの家に入居申込します。

入居希望者	ふりがな		性別	男・女	満年齢	歳	
	氏名		生年月日	M・T・S	年	月	日生
			住所	〒			
	固定電話		携帯電話				
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅→	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 家族と同居				
	<input type="checkbox"/> 施設→	<input type="checkbox"/> 施設名[
	<input type="checkbox"/> 入院→	<input type="checkbox"/> 医療機関名[
介護保険の利用状況	要介護度	<input type="checkbox"/> 支2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
	被保険者番号						
	担当ケアマネジャー	事業者名				電話番号	
		担当者名					
身体状況	障害老人日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 歩行器等の利用[<input type="checkbox"/> 有→種類]		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 特記事項[
	排せつ	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> おむつ等の利用[<input type="checkbox"/> 有→種類]		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 歩行器等の利用[<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 他]		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 特記事項[
こころの状況等	認知症高齢者日常生活自立度	<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					
	認知症診断名	<input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> その他[
	症状	<input type="checkbox"/> もの忘れ	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴	<input type="checkbox"/> 暴言・暴行	
		<input type="checkbox"/> その他					
	主な職歴						
	趣味						
食べ物その他の嗜好							
医療の状況	既往歴						
	治療中の疾病						
	現在の服薬						
	かかりつけ医療機関	名称				電話番号	
	〒			住所			
収入状況	年金	<input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 船員 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> その他	支給額	円/月			
	生活保護	<input type="checkbox"/> 有→	福祉事務所名				<input type="checkbox"/> 無
	家族援助	<input type="checkbox"/> 有→	円/月(概算額でかまいません)			<input type="checkbox"/> 無	

※介護保険被保険者証の写し1通をご提出ください。

※記載いただいた個人情報、入居希望者の入居及び入居後のサービス提供以外の目的には使用しません。