

グループホームしづく入居申込書

受付日 令和 年 月 日

入居希望者

【基本情報】

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
氏名					
現住所	〒 -	電話番号			

現在の状況	独居・高齢者世帯・家族と同居・施設入所中 ()			現在の住居	持家・賃貸			
主な疾患名と既往歴	疾患名：							
	既往歴：							
認知症の診断 ※申し込みには 認知症の診断が 必要です	診断名 アルツハイマー型認知症 ・ 脳血管性認知症 その他 ()		診断日 : 年 月 日					
			診断医療機関 :					
かかりつけ医	病院		科					
身障手帳	なし ・ あり (部位)							
入居希望時期	空き次第 ・ 3ヵ月後程度 ・ 半年程度 ・ 1年以内 ・ 時期未定も申込希望							
待機状況の連絡	本人 ・ 家族 ・ その他 (関係 : 連絡先)							
要介護度	自立 ・ 申請中 ・ 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5							
介護保険 被保険者番号	負担割合	割	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	居宅支援事業所 () 担当ケアマネジャー名 ()							
ADL	食事	自立 見守り 一部介助 全介助	排泄	自立 トイレ 見守り 尿器 一部介助 Pトイレ 全介助 バット・オムツ	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	着脱	自立 見守り 一部介助 全介助
	整容	自立 見守り 一部介助 全介助	移動	歩行 () 立ち上がり () 座位 () 移動 ()	認知	環境・伝達 できる 時々可 できない 意思伝達 できる 時々可 できない 服薬 できる 時々可 できない 金銭管理 できる 時々可 できない		

入居申し込みにあたり必要な入居希望者の個人情報、関係介護保険事業者および医療機関への情報提供・情報聴取に同意いたします。また、情報収集等の結果、入居をお断りする場合がありますことについても予め同意致します。

令和 年 月 日

グループホームしづく
管理者 殿

入居希望者氏名 (印)

連絡時連絡先氏名 (印)

連絡時連絡先住所 電話番号