

# グループホーム入所申込書

申込日      年    月    日  
 受付日      年    月    日

管 理 者      様

申込者・連絡先	(フリガナ) 氏 名		入所希望者 との続柄	
	住 所	〒 _____ 電話 _____		
	勤 務 先			
	所在地	_____ 電話 _____		

◎ グループホーム花の里かつぼ(認知症対応型共同生活介護/介護予防認知症対応型共同生活介護)に入所したいので、次のとおり申込ます。

入所希望者 氏 名	フリガナ _____	性別	男 ・ 女	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日( 歳)	
現 住 所	〒 _____ 電話 ( ) _____					
介護保険	被保険者番号			保険者名		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
健康状態	(種別・記号番号)					
年 金 等	(種別)					
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 ( 単身 ・ 同居 ) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入所・入院中 (名称: _____ / 年 月 日から)					
入所希望 の 意 向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> ____年頃には入居したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (施設名: _____)					
身体状況	日常生活	歩 行	自立(独歩・杖・歩行器)・車椅子(自走・介助)			
		食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助( )			
		排 泄	自立(トイレ・ポータブルトイレ)・オムツ( )			
		入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助( )			
		着 脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助( )			
	心身状況	通院治療	有 ・ 無	病院名: _____		主治医: _____
			病名: _____			
			服薬内容: _____			
		視 力	日常生活支障なし・日常生活支障あり( )			
		聴 力	日常生活支障なし・日常生活支障あり( )			
言 語		日常生活支障なし・日常生活支障あり( )				
義 歯	有 ( 一部 ・ 上 ・ 下 ) ・ 無					
失 禁	有 ・ 無					
認知症状	認知症診断: 有 ・ 無 生活支障行動: 一人で外出・排泄・火の不始末・不眠・金銭の管理 その他( )					

家族構成 (同居家族)	続柄	氏名	年齢	現住所	職業
担当介護 支援専門員	氏名			連絡先電話	
	事業所名				

説明確認及 び情報収集 に係る同意	<p>私は、貴施設への入所申し込みの際し、申し込みから契約までの手続き及び入所順位の決定方法について、施設から説明を受けました。</p> <p>なお、貴施設が入所順位決定のため必要な範囲内において、私(入所希望者及びその家族等)に関する情報を、市担当居宅介護支援事業所、他の介護保険施設及び医療機関から収集することに同意します。</p>				
	<p>平成      年      月      日</p>				
	<p>本人氏名</p>				<p>㊞</p>
<p>署名代行者氏名</p>				<p>㊞</p>	

※ 添付書類:健康診断書・介護支援専門員意見書