

グループホームまほろば 入居申込書

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

対象者（入居される方）

フリガナ		男・女	明治	年	月	日	生（	歳）
氏名			大正	年	月	日	生（	歳）
			昭和					
住所	〒 —							
TEL								
介護保険	<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 <input type="checkbox"/> その他							
被保険者番号								
認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで							
健康保険	種別					記号・番号		
年金等	種別					収入状況		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅		病院・施設の名称					
	<input type="checkbox"/> 入院中		入院・入所期間					
	<input type="checkbox"/> 入所中							
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 〈おむつ使用〉 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時使用 <input type="checkbox"/> その他						
	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"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト 〈副食〉 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口台 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	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						
	聴力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴						
	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"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自傷行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 寄声 <input type="checkbox"/> 多動 <input type="checkbox"/> その他 【 】						
	医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 皮膚疾患 【 】 <input type="checkbox"/> その他 【 】 ※平常時の体温 【 】						
		※現在治療中の病名 【 】 ※受診医療機関 【 】						

申込者（手続きに来られた方）

フリガナ		続柄	
氏名			
住所	〒 —		
TEL			

入所を希望する理由								
	家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	住所	TEL
						同・別		
						同・別		
						同・別		
						同・別		
						同・別		
						同・別		
身元引受人（保証人）氏名	氏名	続柄	年齢	職業	住所	TEL		
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃がよい <input type="checkbox"/> その他 【 】							
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設への申込有 1 【 】 2 【 】 3 【 】							
現在担当されている介護支援専門員	氏名				連絡先			
	事業所名				電話番号			
その他現在利用されているサービス利用状況	利用サービス	利用頻度		利用事業所名		備考		

特記事項記入欄	※こちらは施設記入欄ですので、申込者の方は記入しないで下さい。						
---------	---------------------------------	--	--	--	--	--	--