

グループホームやながわ入所申込書

申し込み年月日 令和 年 月 日 受付対応職員:

入居希望者	フリガナ				性別	男 ・ 女		
	氏名				生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日		
	住所	〒						
	電話				携帯電話			
	被保険者番号	：	：	：	：	居宅事業所		
	要介護度				事業所名			
	要介護認定 期間	年 月 日から			担当者名			
		年 月 日まで						
	入居の意思確認	有り ・ 無し ・ 意思確認困難 ()						
	認知症の診断名	※介護が必要になった時期						
	医療保険	後期 ・ 国保 ・ 社保 ・ 共済 ・ 生保 ・ ()						
	経済状況	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ 恩給 ・ ()						
	現在の居所	独居 ・ 同居 () その他 ()						
		病院 () 老人保健施設 ()						
	かかりつけ医① (主治医)	病院名			主治医		診療科	
		電話番号			受診回数 (/ 月)	
	かかりつけ医②	病院名			主治医		診療科	
		電話番号			受診回数 (/ 月)	
	かかりつけ医③	病院名			主治医		診療科	
		電話番号			受診回数 (/ 月)	
歩行状況	独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ 寝たきり ()							
認知症状	徘徊 ・ 妄想・幻覚 ・ 昼夜逆転 ・ 介護への抵抗 ・ 失禁・ろう便							
	その他 ()							
サービス利用	訪問介護 週 回 ・ 通所介護 週 回 ・ 通所リハ 週 回							
	訪問看護 週 回 ・ ショートステイ 週 回 ・ 福祉用具レンタル 月 品							
その他 ()								

身元引受人	フリガナ				性別	男 ・ 女			
	氏名	印			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日
					同居の別	<input type="checkbox"/> 同居		<input type="checkbox"/> 別居	
	現住所	〒							
	連絡先	電話番号			携帯番号				
申し込み理由									
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	職業等	住所	電話番号	備考		
別居の家族・近親者の状況	氏名	続柄	年齢	職業等	住所	電話番号	備考		
緊急連絡先	順位	氏名		連絡先			備考(勤務先名)		
	①								
	②								
	③								
同意書	<p>当グループホームの内容の説明を受け、同意の上、申し込みを致しました。また、グループホームの入所検討にあたり、必要に応じて、担当者による調査の受け入れ、関係機関より情報を徴収する事に同意いたします。</p> <p style="text-align: center;">本人又は身元引受人 ⑩</p>								