

# グループホーム かなしょうず園 入居申込書

受付日	年 月 日
受付者	

## 1. 申込者の情報(今後の連絡先にさせていただきます。)

ふりがな		続柄	電話番号
氏名			( )
ご住所	(〒 — )		携帯電話番号
			( )

## 2. 入居希望者の情報

ふりがな		性別	生年月日				
氏名		男 女	明 大 昭	年	月	日	( 歳)
ご住所	(〒 — )			電話番号			
				( )			
介護保険被保険者番号	要支援	要介護			認知症日常生活自立度		
	2	1	2	3	4	5	I IIa IIb IIIa IIIb IV V
現況 (該当箇所へご記入下さい)	<input type="checkbox"/> 家族等と同居		居宅介護支援事業所		担当介護支援専門員または相談員		
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし						
	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院中		施設名または病院名		入所または入院時期		
				年	月	日から	入所中・入院中
医療機関		主治医 (医療機関名)	( )				
現病及び既往歴							
移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 車椅子	<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
排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> オムツ	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
認知症状等						本人の入居意思	
						有 無 不明	
生活歴				家族構成			
				主介護者		続柄 ( )	
同意書	グループホームの入所について説明を受け、次のことに同意します。 1. 入所希望者の状況について、介護支援専門員や病院関係者へ確認すること。 2. 保険者から要求があった場合、この申込情報を保険者へ提供すること。 令和 年 月 日 氏名(本人) (印) (代理人) (印)						

\* 介護保険被保険者証の写しを添付して下さい。

〒513-0821 三重県鈴鹿市地子町金生水620番地1 グループホームかなしょうず園

TEL・FAX : 059-383-0020