

高齢者グループホーム ひかり 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 氏名 | | 続柄 | 電話番号 |
| | | | () |
| ご住所 | (〒 -) | | 携帯電話番号 |
| | | | () |

2. 入居希望者の情報

| | | | |
|---------------------------|---|--------------------|--|
| ふりがな 氏名 | | 性別 | 生年月日 |
| | | 男 女 | |
| 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 当該箇所 へご記入 下さい | <input type="checkbox"/> 家族等と同居 | | 居宅支援事業所 |
| | <input type="checkbox"/> 一人暮らし | | 担当介護支援専門員または相談員 |
| | <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 |
| | | 平成 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"/> おむつ | 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 | | | 本人の入居意志 |
| | | | 有 無 不明 |
| 生活歴 | | | 家族構成 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | 続柄 |
| | | | () |
| | | | 主介護者 |

| | | | |
|-----|---------------------------------------|--|--|
| 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. 入居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出すること。 | | |
| | 平成 年 月 日 | | |
| | 氏名 (本人) _____ ④ (代理人) _____ ④ | | |