

## グループホーム（八幡・大蔵・山王・三萩野） 入居申込書

上記グループホームに下記のとおり申し込みます。

入居者	ふりがな			男・女	現住所	〒住所	Tel ( ) -	
	氏名							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(才)			
現在の居住場所		<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居( ) <input type="checkbox"/> 施設・病院等( )						
申込者	ふりがな			続柄	現住所	〒住所	Tel ( ) -	
	氏名							
介護保険証	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						
	有効期間	平成 年 月 日	～	平成 年 月 日	認定の有無	<input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中		
障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		※申込の際には、健康保険証・介護保険証・障害者手帳等のコピーをご準備下さい。				
担当ケアマネジャー		氏名		事業所				
現在のサービス状況		<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 有料ホーム <input type="checkbox"/> その他( )						
心身の状況	日常生活	①移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助( )					
			使用用具	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子				
		②食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助( )					
			使用用具	主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥   副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ				
		③入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助( )					
		④着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助( )					
		⑤排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助( )					
			使用用具	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )				
普段の困りごと	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 独語・大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻覚、幻聴 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 物損行為 <input type="checkbox"/> その他( )							
(特記事項: 施設職員が記入)								
主治医		医療機関		主治医名				
過去の病気 現在の病気		①病名		・病院名				
		②病名		・病院名				
		③病名		・病院名				
		④病名		・病院名				
		⑤病名		・病院名				
緊急連絡先	氏名		続柄	年齢	住所		職業・勤務先	
	①				Tel ( )		Tel ( )	
	②				Tel ( )		Tel ( )	