

グループホーム 入所申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

申込者(手続きに来た方)

フリガナ 名 前		続 柄	
住 所	〒 _____		
	電話番号 (_____)		

○ 貴施設に、入所したいので申込みいたします。

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生 (_____)	歳			
住 所	〒 _____									
	電話番号 (_____)									
介護保険	要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号			
認定期間	年		月	日	から	年	月	日まで		
健康保険	種 別					記号・番号				
年金等	種 別									
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称		入院・入所期間				年	月	日 ~
	<input type="checkbox"/> 入院中									
	<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》 ・なし ・夜のみ ・常に使用					
	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 <input type="checkbox"/> 流動食								
		〈副食〉 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口台 <input type="checkbox"/> 刻み食 <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"/> 普通	<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"/> 自傷行為	<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"/> 奇声	<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"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 気管切開						
	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 人口肛門処置							
	<input type="checkbox"/> その他	【 _____ 】								
	※現在治療中の病名		【 _____ 】	受診医療機関		【 _____ 】				
	※特記事項									

入所を希望する理由	

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居の別	別居の場合	
						住所	電話番号
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		

身元引受人 (保証人) 氏名		続柄	住所	電話番号

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃までには入所したい
-----------	--

申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 () () ()
------	---

特記事項	
------	--

担当	氏名		連絡先	
ケアマネジャー	事業所名		電話番号	

その他福祉サービス利用状況	利用サービス	利用頻度	利用事業者名	備考