

# 【 グループホーム花神荘入所申込書 】

|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------|---------------------------|---------|----------------|--------------|---------------|--------------------------|-------------------------|------|--|--|
| 申し込み年月日                                                                           | 令和      | 年                         | 月       | 日              |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 【 利用者氏名 】                                                                         |         |                           | 性別      | 生年月日           |              |               |                          |                         |      |  |  |
| フリガナ                                                                              |         |                           | 男       | M・T・S          |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 氏名                                                                                |         |                           | 印       | 女              | 年            |               | 月                        |                         | 日    |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                | ( 歳)         |               |                          |                         |      |  |  |
| 〒                                                                                 |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 現住所                                                                               |         |                           |         | TEL:           |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 【 保証人氏名 】                                                                         |         |                           |         |                | 【 連絡先 】      |               |                          |                         |      |  |  |
| 貴施設への入所を希望し申し込みます。また、貴施設が、入所判定に使用する目的で、<br>行政機関・事業所・入所、入院施設等から情報提供を受けることに同意いたします。 |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| フリガナ                                                                              |         |                           |         |                | TEL:         |               |                          |                         |      |  |  |
| 氏名                                                                                |         |                           | 印 (続柄 ) |                | 携帯:          |               |                          |                         |      |  |  |
| 〒                                                                                 |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 現住所                                                                               |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 要介護区分                                                                             |         |                           |         | 被保険者番号         |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 要支援2・要介護 1・2・3・4・5                                                                |         |                           |         | 有効期限           |              | 年 月 日 ~ 年 月 日 |                          |                         |      |  |  |
| 居宅事業所                                                                             |         |                           |         |                | 担当ケアマネ       |               |                          |                         |      |  |  |
| 年金の種類                                                                             |         | 国民・厚生・障害・遺族・他( )          |         |                |              | 生活保護          |                          | 有・無                     |      |  |  |
| 現在いる場所                                                                            |         | 自宅・家族と同居・病院( )・施設( )・他( ) |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| かかりつけ医療機関名                                                                        |         |                           |         |                |              | 主治医           |                          |                         |      |  |  |
| 病歴                                                                                |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 認知症                                                                               |         | 有・無                       |         | 認知症性老人の日常生活自立度 |              |               | I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M |                         |      |  |  |
| 認知症名                                                                              |         |                           |         |                | 障害老人の日常生活自立度 |               |                          | J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 |      |  |  |
| ※ 認知症の確認できる書類(意見書、診断書等)が必要となりますので、入所申込書に添えてください                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 生活状況                                                                              | 食事状況～   |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   | 排泄状況～   |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   | 移動状況～   |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   | 認知症の症状～ |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 家族構成                                                                              | 氏名      | 続柄                        | 年齢      | 職業             | 住 所          |               | 電話番号                     |                         | 携帯番号 |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 配偶者(有無) 結婚暦(有・無) 兄弟(男 人、女 人) 子供(男 人、女 人)                                          |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
| 施設側記入欄                                                                            | 年月日     | 確認者                       |         |                | 状況           |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |
|                                                                                   |         |                           |         |                |              |               |                          |                         |      |  |  |