

グループホーム共通入居申込書

社会福祉法人 柘野福祉会
グループホーム千本笹屋町

記入者氏名		⑩		記入日		平成 年 月 日		
利用者	ふりがな氏名					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日		年齢	歳		
	住所	〒 -						
	固定電話			携帯電話				
申請者	ふりがな氏名	⑩				続柄		
	住所	〒 -						
	固定電話			携帯電話				
身元引受人	ふりがな氏名	⑩				続柄		
	住所	〒 -						
	固定電話			携帯電話				
申請理由								
介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5						
	認定有効期間	～				認定日	平成 年 月 日	
	被保険者番号	-				保険者		
	居宅介護支援事業所名					担当CM		
身体状況	障害老人日常生活自立度	<input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 /						
	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"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 /						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 /						
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 /						
精神状況	認知症高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						
	認知症の診断名	<input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> レビー <input type="checkbox"/> その他 ()						
	主な認知症症状							
医療状況	医療機関名					主治医		
	既往歴 現病歴							
収入	年金	国民・厚生・船員・共済・その他 ()			受給額	円/月・年		
	その他	(家族からの援助等)				円/月・年		
	生保	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (担当CW:)						

※ 当法人内の他のグループホームも合わせて入居申し込みを希望される場合は、以下に☑をお願いします。

- グループホーム四条大宮 グループホーム上桂