

# 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  
グループホーム四条大宮

|       |               |                                                                                                                                                                                                                                 |                             |                             |    |       |                                                       |      |     |
|-------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|----|-------|-------------------------------------------------------|------|-----|
| 記入者氏名 |               | ⑩                                                                                                                                                                                                                               |                             | 記入日                         | 令和 | 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   | 令和                                                    | 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<br>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併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。

- グループホーム千本笹屋町     グループホーム上桂