

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		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。

- グループホーム千本笹屋町 グループホーム上桂