

グループホーム千本笹屋町 入居申込書

記入者名		記入日	平成	年	月	日
利用者	フリガナ氏名				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	〒 -				
	電話番号					
申請者	フリガナ氏名				続柄	
	住所	〒 -				
	電話番号			携帯電話		
身元引受人	フリガナ氏名				続柄	
	住所	〒 -				
	電話番号			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"/> A1 <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"/> 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:)				