

入居申込書

グループホームきらら 管理者 宛

受付年月日 年 月 日

		申込日	年	月	日
申込者 (ご家族様等)	フリガナ				続柄
	氏名	⑩			
	住所	〒			
	電話番号 (自宅)				
	電話番号 (携帯)				

下記の者、貴施設の利用を申込みます。

利用希望者 (ご本人様)	フリガナ					
	氏名					
	住所	〒				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	(歳)
利用希望者 の状況	1	入院している (病院・医院名 年 月頃から)				
	2	通院している (病院・医院名)				
	3	入院・通院している場合の病名 (認知症 有・無) 現病名()				
	4	在宅(医者にかかっていない)				
	5	介護保険サービス利用の有無 (有・無) 有の場合 主サービス名 ()				
	食事形態	(普通 おかゆ きざみ その他)				
	摂取方法	(自立 声かけ 介助 その他)				
	移動	(自立 杖 車イス その他)				
	排泄	(自立 声かけ 介助 その他)				
	入浴	(自立 声かけ 介助 その他)				
麻痺	(なし 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢)					
入居希望の理由・状況						
連絡先	氏名	続柄	電話番号			
	①					
	②					
	③					
要介護区分	申請中・要支援1・2		要介護1・2・3・4・5		生活保護	有・無
居宅介護支援事業所名			担当者名			

作成日: 2014/4/1