

グループホームひより入所申込書

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

申込者（手続きに来られた方）

フリガナ 名 前		続柄	
住 所	〒 ー 電話番号（ ）		

○貴施設に、入所したいので申し込みます。

フリガナ 名 前	男 ・ 女		明 大 昭	年	月	日生（ 歳）
住 所	〒 ー 電話番号（ ）					
介護区分 被保険者番号	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
認定期間	年 月 日 ～ 年 月 日					
健康保険	種 別		記号・番号			
年金等	種 別					
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中		病院・施設の名称			
			入院・入所期間	年 月 日～ 年 月 日		
心身の状態	歩 行	<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		
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		〈主食〉 <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 柔食	<input type="checkbox"/> お粥		
		〈副食〉 <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 刻み		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲		
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴		
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
	行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> うつ病	
		<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
<input type="checkbox"/> 奇声		<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> その他	【 】		
医療の 状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> インスリン注射			
	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 人工肛門処置			
	<input type="checkbox"/> その他					
	現在治療中の病名	【 】				
	受診医療機関	【 】				
	※特記事項					

入所を希望する理由								
宗 教					趣 味			
家族状況	名 前	続 柄	年 齢	住 所 電 話		勤務先名	同 居 別 居	
				〒 住所 TEL			同 居 ・ 別 居	
				〒 住所 TEL			同 居 ・ 別 居	
				〒 住所 TEL			同 居 ・ 別 居	
				〒 住所 TEL			同 居 ・ 別 居	
				〒 住所 TEL			同 居 ・ 別 居	
身元引受人 (保証人) 名 前				続 柄	住 所		電話番号	
申込状況		<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる <div style="text-align: right;">他の施設名 ( ) ( ) ( )</div>						
担 当 ケアマネジャー		名 前				連 絡 先		
		事業所名				電話番号		
その他福祉 サービス利用 状況		利用サービス		利用頻度		利用事業所名		備 考