

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	〒 —	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	〒 — 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 〈主食〉 <input type="checkbox"/> 普通 〈副食〉 <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 柔食 <input type="checkbox"/> 一口大	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> お粥 <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"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他【 】	<input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他 現在治療中の病名 受診医療機関 ※特記事項	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門処置	<input type="checkbox"/> 【 】 <input type="checkbox"/> 【 】

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 TEL	勤務先名	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 他の施設名 () () ()						
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		