グループホームまほろば　入居申込書

申込日	年　　月　　日
受付日	年　　月　　日

対象者（入居される方）

フリガナ		男・女	明治 大正　　年　　月　　日　生（　　歳） 昭和
氏　名			
住　所	〒　　―		
ＴＥＬ			
介護保険	□ 要支援２　□ 要介護１　□ 要介護２　□ 要介護３　□ 要介護４　□ 要介護５　□ その他		
被保険者番号			
認定期間	年　　月　　日　　～　　年　　月　　日　　まで		
健康保険	種　別		記号・番号
年金等	種　別		収入状況
現　況	□ 自　宅 □ 入院中 □ 入所中	病院・施設の名称	
		入院・入所期間	

心身状態		
	歩　行	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
	排　泄	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 〈おむつ使用〉　□ なし　□ 夜のみ　□ 常時使用　□ その他
	食　事	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助 〈主　食〉　□ 普通　□ 軟食　□ お粥　□ ペースト 〈副　食〉　□ 普通　□ 一口台　□ 刻み　□ ペースト
	入　浴	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
	着脱衣	□ 自立　□ 一部介助　□ 全介助
	視　力	□ 普通　□ 弱視　□ 全盲
	聴　力	□ 自立　□ やや難聴　□ 難聴
	言　葉	□ 普通　□ 少し不自由　□ 不自由
	行動障害	□ 攻撃的　□ 自傷行動　□ 徘徊　□ うつ状態 □ 不穏行動　□ 不潔行為　□ 異食行動　□ 昼夜逆転 □ 寄声　□ 多動　□ その他　【　　】
	医療状況	□ 経管栄養　□ インスリン　□ 酸素療法　□ 気管切開　□ 昼夜逆転 □ 床ずれ　□ カテーテル　□ 人口肛門　□ 皮膚疾患　【　　】 □ その他　【　　】　※平常時の体温　【　　】 ※現在治療中の病名　【　　】　※受診医療機関　【　　】

申込者（手続きに来られた方）

フリガナ		続柄	
氏　名			
住　所	〒　　―		
ＴＥＬ			

入所を希望する理由	

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居	住所	ＴＥＬ
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		

身元引受人（保証人）氏名	氏名	続柄	年齢	職業	住所	ＴＥＬ

入所を希望する時期	□ 今すぐ入居したい　　□　　年　　月　頃がよい □ その他　【　　】
他施設への申込状況	□ 当施設のみ申込 □ 他の施設への申込有 １【　　】２【　　】３【　　】

現在担当されている介護支援専門員	氏名		連絡先	
	事業所名		電話番号	

その他現在利用されているサービス利用状況	利用サービス	利用頻度	利用事業所名	備考

特記事項記入欄	※こちらは施設記入欄ですので、申込者の方は記入しないで下さい。