

# 高齢者グループホーム ひかり 入居申込書

受付日	年 月 日
受付者	

## 1. 申込者の情報（今後の連絡先にさせていただきます）

ふりがな 氏名		続柄	電話番号
			( )
ご住所	(〒 - )		携帯電話番号
			( )

## 2. 入居希望者の情報

ふりがな 氏名		性別	生年月日
		男 女	
ご住所	(〒 - )		電話番号
			( )
介護保険被保険者番号	要支援	要介護	認知症日常生活自立度
	2	1 2 3 4 5	I IIa IIb IIIa IIIb IV V
現況 当該箇所 へご記入 下さい	<input type="checkbox"/> 家族等と同居		居宅支援事業所
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし		担当介護支援専門員または相談員
	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院中		
	施設名または病院名		入所または入院時期
		平成 年 月 日から 入所中・入院中	
医療機関		主治医 (医療機関名)	( )
現病及び 既往歴			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	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"/> 介助 <input type="checkbox"/> おむつ	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
認知症状等			本人の入居意志
			有 無 不明
生活歴			家族構成
			続柄
			( )
			主介護者

同意書	グループホームの入所について説明を受け、次のことに同意します。
	1. 入居希望者の状況について、介護支援専門員や病院関係者へ確認すること。
	2. 保険者から要求があった場合、この申込情報を保険者へ提出すること。
	平成 年 月 日
	氏名 (本人) _____ ④ (代理人) _____ ④