

# 入居申込書

希望施設

- サンケア木越  
 サンケア東長江

記載日	西暦	年	月	日
受付日	西暦	年	月	日
受付者				

## 1. 申込者

フリガナ		続柄	電話番号
氏名			
ご住所	(〒 - )		携帯電話番号

## 2. 入居希望者

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	
ご住所	(〒 - )		電話番号
介護保険被保険者番号	要支援・介護度	認知症日常生活自立度	
	支援2・要介護 1・2・3・4・5	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 家族等と同居	居宅介護支援事業所	担当介護支援専門員または相談員
	<input type="checkbox"/> 一人暮らし		
	<input type="checkbox"/> 施設入所または入院中 施設名または医療機関名	入所または入院期間 年 月 日から 入所中・入院中	
		主治医	
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"/> オムツ	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			本人の入居意思
			有・無・不明
生活歴		家族構成	
		主介護者	続柄 ( )

同意書	グループホームの入居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などの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。		
	西暦	年	月 日
	氏名(本人)	①	(代理人) ①