

認知症対応型共同生活介護
(グループホーム)

入居申込書

希望施設

- ☐ 想愛木越グループホーム
☐ 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	☐ 家族等と同居 ☐ 一人暮らし ☐ 施設入所または入院中		居宅介護支援事業所		担当介護支援専門員または相談員
	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	☐ 自立 ☐ 車椅子 ☐ その他		食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
排泄	☐ 自立 ☐ 介助 ☐ オムツ		入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 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) ㊞ (代理人) ㊞				