

グループホームもみじのて中央 入居申込書 (申込者記入)

施設長 殿

平成 年 月 日

申込者	事業所名			介護支援 専門員	
	住所				
	TEL		FAX		

利用者情報	氏名	フリガナ		性別	男 ・ 女		
				生年月日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
	現住所	〒 -		電話番号			
	支援制度の利用状況	<input type="checkbox"/> 成年後見制度(補助・補佐・後見・任意) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 地域福祉権利事業 <input type="checkbox"/> その他					
	介護保険	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 認定期間(年 月 日 ~ 年 月 日)					
	介護者 兼 緊急連絡先	①氏名		続柄	TEL		
		住所					
		②氏名		続柄	TEL		
		住所					
	緊急搬送 予定病院	有 ・ 無	病院名		TEL		
	既往歴 現病歴	(病名・手術時期等) 経過 薬のアレルギー 食べ物禁食					
	認知症の症状	認知度	なし ・ I ・ IIa ・ b ・ IIIa ・ b ・ IV ・ V				
		中核症状	記憶障害 ・ 判断力低下 ・ 計算力障害 ・ 見当識障害 ・ 失認 ・ 失行				
		周辺症状	鬱状態 ・ 感情障害 ・ 徘徊 ・ 睡眠障害 ・ 暴力行為 ・ 夜間せん妄 ・ 妄想				
	夜間の状況						
性格・趣味・ 職歴等							
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている		施設又は病院名:		入所又は入院期間		
	<input type="checkbox"/> 家族と同居		電話番号:		平成 年 月から		
緊急時 対応	普段のADL	意思疎通(可能 ・ 一部 ・ 不能) 歩行(寝たきり) ・ 車いす ・ 杖 ・ 自立)					
	救命処置	希望あり		無し(DNR:蘇生なし)		家族到着まで希望	

事務処理欄	受付日	平成 年 月 日	備考 面談予定日:平成 年 月 日 契約日:平成 年 月 日 入居予定日:平成 年 月 日
	受付方法	来所 ・ 郵送	
	受付者		
入居判定	入居可 ・ 入居不可 ・ 保留		

※介護保険費保険証(写)と現在服薬している薬の説明書も一緒に添付してください。

グループホームもみじのて中央 (担当 中村)
TEL 042-704-9565 FAX 042-704-9566