

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

令和 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	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・経過			
		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 <input type="checkbox"/> 家族と同居 (施設又は病院名：)					
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・車椅子・杖・自立）				
	救命処置	希望あり 希望無し（DNR：蘇生なし） 家族到着まで希望				
事務処理欄	受付日		備考 面談日・契約日・入居日等			
	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 高野)

TEL：042-704-9565 FAX：042-704-9566