

社会福祉法人 真光会 グループホーム出水 入所申込書

入所申込日 令和 年 月 日

グループホーム 出水

施設長 後藤 卓爾 様

【入所申込者】〒

住所

氏名

電話番号 () -

携帯電話 - -

貴施設への入居を次の通り希望致します

(フリガナ)		性別	保険者	市・町・村
利用者氏名		男・女	被保険者 番号	
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳		介護度	要支援2・要介護1・2・3・4・5
認定の有効期間	～			
利用者住所	(〒 -) TEL () -			
現況	<input type="checkbox"/> 居宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 居宅で親族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> 入所(院)先の施設(病院)名: 年 月 日から入所(院)している <input type="checkbox"/> 入所(院)の時期 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 親族が全くいないため <input type="checkbox"/> 主たる介護者が仕事についているので介護が困難なため <input type="checkbox"/> 主たる介護者が、高齢、病気、障害などで介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護の必要な者が他にもいるため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(院)を求められているが、居宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()			
主たる介護者の方と連絡先をご記入ください				
(フリガナ)		利用者との関係		
氏名				
同居・別居の 区別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (下記の住所等をご記入ください)			
住所	〒 TEL () - 携帯番号 - -			
勤務先(任意)	TEL () -			
他施設への 申し込み状況				

※介護保険被保険者証(写し)と介護保険負担割合証(写し)を添付して提出ください

ケアマネージャーまたは相談員から意見書

入所申込者指名		
ケアプランについて	現在利用しているサービス	
	サービス名	利用回数等
	サービスに対する本人又は家族の希望等	
本人の状況	1. 身体状況について	
	2. 認知症等について { <input type="checkbox"/> 記憶障害(軽・中・重) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴力 【特記事項】 { <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 } (症状の詳細や内服等)	
	3. 疾病等について (かかりつけ医・病院)	
その他留意すべき事		

担当ケアマネージャー氏名	
事業所名	
連絡先	() -

*更新時は、ご連絡ください。

*他施設に入られた際は、ご連絡下さい。