

社会福祉法人 新秋会 グループホームひなた 入所申込書

(様式1)

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

申込者(手続きに来た方)

フリガナ 名 前		続 柄	
住 所	〒 _____		
	電話番号 ( _____ )		

○ 貴施設に、入所したいので申込みいたします。

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	明 大 昭	年	月	日生 (	歳)	
住 所	〒 _____							
	電話番号 ( _____ )							
介護保険 認定期間	要介護度	1	2	3	4	5	被保険者番号	
健康保険 年金等	種 別						記号・番号	
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	病院・施設の名称						
		入院・入所期間		年 月 日 ~				
心 身 状 態	歩 行	<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 《おむつ使用》	<input type="checkbox"/> 一部介助 ・なし	<input type="checkbox"/> 全介助 ・夜のみ	<input type="checkbox"/> 常に使用			
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 (主食) <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 軟食	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> 流動食		
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助				
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲				
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴				
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由				
	行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
	医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人口肛門処置	<input type="checkbox"/> 気管切開			
	※現在治療中の病名【 _____ 】 受診医療機関【 _____ 】							
	※特記事項							

# グループホーム 入所申込書

(様式1)

入所を希望する理由	
-----------	--

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居の別	別居の場合	
						住 所	電話番号
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		
					同・別		

身元引受人 (保証人) 氏 名		続柄	住 所	電話番号

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月 頃までには入所したい
-----------	--

申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 ( ) ( ) ( )
------	---

特記事項	
------	--

担当	氏 名		連絡先	
ケアマネジャー	事業所名		電話番号	

その他福祉サービス利用状況	利用サービス	利用頻度	利用事業者名	備考