

グループホーム はなえみ 入居申込書

お申込み日： 年 月 日

以下の通り、入居の申し込みをいたします。

入居希望者	フリガナ			住所	〒		
	氏名		印 男・女		連絡先		
	生年月日	年 月 日(満 歳)		要介護度	要介護()要支援()		
身元引受人	フリガナ		続柄	住所	〒		
	氏名		印		連絡先	自宅	
	生年月日	年 月 日(満 歳)			携帯		
					連絡可能な時間帯		
				勤務先名			

※保証人は身元引受人と別世帯の方で収入のある方をご記入ください

保証人	フリガナ		続柄	住所	〒	
	氏名		印		連絡先	
	生年月日	年 月 日(満 歳)			勤務先名	

入居希望の方の現在のお住まいや状況						
-------------------	--	--	--	--	--	--

担当ケアマネジャー	事業所名	連絡先

収入について	国民年金・共済年金・厚生年金・生活保護 その他()					
--------	-------------------------------	--	--	--	--	--

利用料金の支払い	全額本人負担・一部縁故者負担・全額縁故者負担					
----------	------------------------	--	--	--	--	--

服薬	利用する 利用しない	金銭管理	利用する 利用しない	酸素使用	利用する 利用しない
----	---------------	------	---------------	------	---------------

食事形態	主食	米飯・おかゆ・ミキサー食・その他()	制限食 アレルギー等
	副食	普通・一口大・刻み・ミキサー食・その他()	

好きな食べ物・飲み物	嫌いな食べ物・飲み物
------------	------------

裏面もご記入ください

現在利用中の 介護保険(障害 福祉)サービス	福祉用具	歩行器・車いす・電動ベッド・てすり		デイサービス	その他
		事業所名			
		おむつ・リハビリパンツ・パット(大・中・小)		訪問介護 訪問看護	

既往症について(できるだけ詳しくご記載ください)

今までにかかった 病気					
かかった年 齢 又は何年前					
病院					
主治医名					
	医師	医師	医師	医師	医師
通院頻度	週・ か月・ 年に 回	週・ か月・ 年に 回	週・ か月・ 年に 回	週・ か月・ 年に 回	週・ か月・ 年に 回
認知症の有無	なし・あり 診断された病院名: 認知症の種類:			感染症の有無	なし・あり(病名:)
障害者手帳	なし・あり(身体・精神・療育) 級		障害福祉サービス利用の有無	なし・あり(通院・身体・家事・)	

生活歴	出生地	主な仕事	定年後の過ごし方	入居前(現在)のご本人の状況
ご家族	配偶者	子供		ご家族との関係で配慮してほしいこと
	なし() あり(同居・別居)	なし あり(名)		
ご家族から みたご本人 の性格				

ご本人の趣味や特技・タブーな話やこういう風にかかわってほしい等ご自由にご記入ください

ご本人・ご家族のご要望