

グループホームやまぶきの苑 入所申込書

申込年月日	年 月 日
-------	-------

社会福祉法人 志純会
グループホームやまぶきの苑 管理者宛

フリガナ			男 ・ 女	生 年 月 日	明 大 昭	年	月	日
入所申込者 氏 名	印							歳
入所申込者 住 所	〒	電話番号						

ご家族さま連絡先

	氏 名	住 所	続柄	電話番号（携帯番号）
1				
2				
3				

介護 保 険	被保険者番号		保険者名称		
	保険者番号		居宅介護支援事業所		
	申請時介護度	支2・1・2・3・4・5	感染症有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
主治 医	医療機関名		既往歴		
	診療科名				
	医師名		服薬状況	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

具体的な入所希望理由

ご自宅での生活で困っていること・悩んでいることなど

申 込 者 住 所：.....

(身元引受人) 氏 名：..... 印 続柄： 電話番号

緊急連絡先.....

※入所申込者さまの日常生活や様子についてお聞きしますが御了承下さい。

◆ホーム使用欄

日常生活				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	◆備考【	】	
移 動	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	◆備考【	】	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ	◆備考【	】	
入 浴	<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> リフト浴	◆備考【	】	
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	◆備考【	】	
その他				
入所判定委員会 年 月 日 可・否 入所日 年 月 日連絡者				