

# 認知症高齢者グループホーム

## 入 居 申 込 書

ご希望の施設	あぶくま・朝日・両方			申し込み日	年 月 日
申 込 者	氏名	印		続柄	
	住所	〒			
	電話		携帯		
ご入居者様のお名前	フリガナ		男	生年月日	年 月 日
			女	年 齢	歳
住 所 (介護保険証の住所)	〒				
状 況	介護度		認定有効期間	平成 年 月 日 ～平成 年 月 日	
ご家族以外でご入居者様の以前の状況がわかる方の連絡先	ケアマネージャー・主治医・施設等の担当者連絡先				
①身元引受人ご氏名		続柄	電話番号		
			携帯番号		
住 所	〒				
勤 務 先			電話番号		
②その他連絡先氏名		続柄	電話番号		
			携帯番号		
住 所	〒				
連 絡 先	自宅(tel)		可能な時間帯		
	会社(tel)				
	携帯(tel)				
身体 <span style="font-size: small;">の</span> 状況	歩 行	自 力	一 部 介 助	全 介 助	認知症の症状 当てはまる物に○をして下さい。 ・物忘れ(時間・場所) ・徘徊 ・失禁 ・異食 ・その他
	食 事	自 力	一 部 介 助	全 介 助	
	排 泄	自 力	一 部 介 助	全 介 助	
	入 浴	自 力	一 部 介 助	全 介 助	
	着 脱	自 力	一 部 介 助	全 介 助	
	機能障害	有 ・ 無	( )		
	既往歴	有 ・ 無	( )		
	アレルギー	有 ・ 無	( )		
	内服薬	有 ・ 無	( )		
その他	有 ・ 無	( )			
待 機 場 所				施設長印	モニター印
お客様もしくは身元引受人様サイン					
印					

面談予定日	契約予定日	入居予定日