

# 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	令和 年 月 日	
申込者	氏名	印		続柄		
	住所	〒			生年月日	
	電話		携帯			
ご入居様のお名前	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 令和 平成 令和	年 月 日 ~ 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		
				生年月日		
住所	〒			電話番号		
勤務先	〒			電話番号		
②その他連絡先氏名				続柄		
				生年月日		
住所	〒					
連絡先	自宅 (tel)			可能な時間		
	会社 (tel)					
	携帯 (tel)					
身体 の 状況	歩行	自力	一部介助	全介助	認知症の症状 当てはまる箇所に○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				申込用紙受理者		
お客様もしくは身元引受人サイン						
主治医名				所長確認欄		
医療機関名						
申込理由						