

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		
ご入居様のお名前	フリガナ			男	生年月日
				女	年 月 日
住 所 (介護保険証の住所)	〒				
状 況	介護度		認定有効期間	～	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
					年 月 日
住 所	〒				
勤 務 先				電話番号	
②その他連絡先氏名				続 柄	電話番号
					電話番号
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				申し込み受理者	
お客様もしくは身元引受人サイン					
主治医名				所長確認印	
医療機関名					
申し込み理由					