

令和 年 月 日

グループホーム ポート(野芥 ・ 賀茂)

入居申込書

上記のグループホームへ入居を致したく、認知症の診断書ならびに診療情報提供書を添えて下記の通り申込みます。

フリガナ				性別	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和			
申込者 (入居希望者)				男 女		年 月 日 (歳)			
要介護認定	要支援 (2 ・ 1) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			保険者					
認定期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日			/					
現住所	(〒 -)								
電話番号				携帯電話					
家族状況	氏名	続柄	年齢	現住所				同居・別居	
現在の状況	持家 ・ 借家 ・ 貸間 ・ その他 ()			<input type="checkbox"/> 単身 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 ・ <input type="checkbox"/> 家族と同居					
施設・病院名					年 月頃より				
担当ケアマネ	事業所名				氏名				
	住所				電話				

家系図

キーパーソン

受付日	令和 年 月 日	受付者	
-----	----------	-----	--

収入状況 前年度分対象	年金(ひと月)	円	その他収入	円		
本人の 身体 状況	歩行	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要	ウ・自分で出来ない	
	食事	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要	ウ・自分で出来ない	
	入浴	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要	ウ・自分で出来ない	
	排泄	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要	ウ・自分で出来ない	
	着脱衣	ア・自分で出来る		イ・一部介助が必要	ウ・自分で出来ない	
	治療中	病名		医療機関		頻度
		病名		医療機関		頻度
		病名		医療機関		頻度
	既往歴					
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		ペースメーカー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (頃手術)		
身体障害	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (級)		精神障害	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (級)		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		感染症	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 ()		

生活歴(出身・職歴・趣味・性格・好き嫌いなど)

身元 保証 人	現住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和
	氏名			年 月 日	歳
				本人との関係	年収
勤務先			電話番号		
身元 保証 人	現住所	〒			
	電話番号		携帯番号		
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和
	氏名			年 月 日	歳
				本人との関係	年収
勤務先			電話番号		

【説明確認及び同意書】

- 1.グループホームへの入居にあたり、その手続きについて説明を受けました。
- 2.本申込書は、契約書ではなく、本書にて入居が確定するものではないことを理解しました。
- 3.この申込書の記載内容が事実と相違したり、不適合と判断された場合には、申込を取り消されても異議のないことを誓約します。

令和 年 月 日

Ⓜ

(本人との関係)