

グループホーム 入所申込書

(様式1)

申込日	年	月	日
受付日	年	月	日

申込者(手続きに来た方)

フリガナ 名 前		続 柄	
住 所	〒 _____		
	電話番号 (_____)		

○ 貴施設に、入所したいので申込みいたします。

フリガナ 氏 名		男 ・ 女	明 大 昭 年 月 日生 (歳)	
住 所	〒 _____			
	電話番号 (_____)			
介護保険	要介護度 1 2 3 4 5	被保険者番号		
認定期間	年 月 日 から 年 月 日まで			
健康保険	種 別	記号・番号		
年金等	種 別			
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設の名称		
	<input type="checkbox"/> 入院中			
	<input type="checkbox"/> 入所中	入院・入所期間	年 月 日 ~	
心身状態	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 《おむつ使用》	<input type="checkbox"/> 一部介助 ・なし	<input type="checkbox"/> 全介助 ・夜のみ ・常に使用
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 (主食) <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 流動食
		<input type="checkbox"/> 自立 (副食) <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一口台 <input type="checkbox"/> 刻み食	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ペースト
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由
	行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ状態
		<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
		<input type="checkbox"/> 奇声	<input type="checkbox"/> 多動	<input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> 人口肛門処置	
	<input type="checkbox"/> その他 【 _____ 】			
	※現在治療中の病名 【 _____ 】 受診医療機関 【 _____ 】			
	※特記事項			

グループホーム 入所申込書

(様式1)

入所を希望する理由	

家族状況	氏名	続柄	年齢	職業	同居・別居 の別	別居の場合	
						住 所	電話番号
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		
					同 ・ 別		

身元引受人 (保証人) 氏 名		続柄	住 所	電話番号

入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい
	<input type="checkbox"/> 年 月 頃までには入所したい

申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申込み
	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる
	他の施設名 ()
	()

特記事項	
------	--

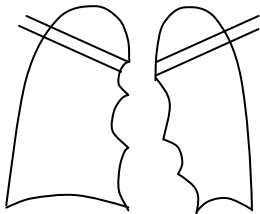
担当 ケアマネジャー	氏 名		連絡先	
	事業所名		電話番号	

その他福祉サービス 利用状況	利用サービス	利用頻度	利用事業者名	備考

診療情報提供書

(様式2)

グループホーム いちょうの木

ふりがな		男・女		明・大・昭		
氏名				年	月 日生 歳	
身長 cm		体重 Kg		血圧 mm/Hg		
既往歴						
現症	障害高齢者自立度 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			胸部所見		
	認知症高齢者自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					
	認知症	症状	診断名			
		ありなし				
栄養状態		良	不良	機能障害	視覚	
摂食		経口	その他		聴覚	
褥瘡		無	有:部位		四肢	
排泄		正常	その他		言語	
検査	白血球数		CRP		ヘモグロビン	
	尿糖		尿蛋白		尿潜血	
	HBs抗原		HCV		MRSA	
現在処方						
その他	※皮膚疾患 無 有:					

平成 年 月 日

紹介医療機関の
所在地及び名称

医師氏名

印