

# グループホーム 入居申込書

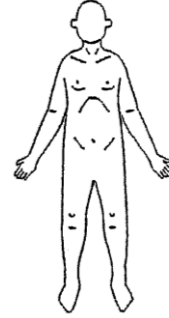
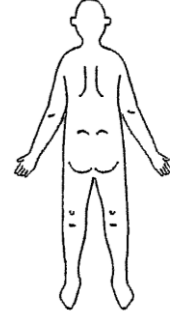
申込日	年 月 日
-----	-------

夕風の家	問合せ TEL:0845-26-4350 FAX:0845-26-4351
彩りの家	問合せ TEL:0845-24-3450 FAX:0845-25-6930
虹色の家	問合せ TEL:084-939-5117 FAX:084-939-5118

↑いずれかに○をつけて下さい

申込者	住所	〒 _____		
	氏名	_____		
	本人との続柄	電話番号	( ) _____	

入居希望者の状況	保険者の名称	_____	被保険者番号	_____
	要介護度	支2・1・2・3・4・5	要介護認定期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
	フリガナ	_____	性別	_____
	氏名	_____	年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳
	住所	〒 _____		
	現在利用している施設・サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、有料老人ホームなどに入所(入居)している <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> その他( ) 施設等に入所(入居・入院)している場合		
		施設名又は病院名	_____	
		(所在地)	_____	
		担当ケアマネージャー等	_____	
	ADL状況	移動	_____	_____
	食事	_____	_____	
	排泄	_____	_____	
	入浴	_____	_____	
	更衣	_____	_____	
	意思疎通	可 ・ ある程度可 ・ 不可		
健康状態	病名	_____		
	既往歴	_____		
その他	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院し、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入居したい			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる			

主たる介護者	フリガナ	_____	性別	_____	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ( ) 歳
	氏名	_____	男・女	_____		
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他( )				
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している	構成  キーパーソン( )			
	介護者の状況(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど介護する者がいない または介護する者が地理的に離れている <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、病気等により長期入院中、病気療養中の為十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数人の介護または障害を有する為十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、高齢であり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、育児または就業している為十分な介護が困難				
	{補足すべき身体の状態について、具体的にご記入下さい}  <div style="text-align: center;">【障害部位】</div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;">   </div>					

身元引受人予定者	氏名	_____	続柄	_____
	氏名	_____	続柄	_____

情報提供に関する入居希望者の同意確認欄	私は、入居申込施設が尾道市・居宅介護支援事業所・主治医等から私の介護認定・その他入居に関わる必要な情報の提供を受ける事に同意します 平成 年 月 日 _____ 氏名 (印)
---------------------	---