グループホーム 入居申込書

	汐風の乳	家 問合せ TEL:0845-26-4350 FAX:0845-26-4351				申込日	年	月 日
	彩りの家	家 問合せ TEL:0845-24-3450 FAX:0845-25-6930		フリガナ		性別 生年月日	 年	 月 日
	虹色の影	R 問合せ TEL:084-939-5117 FAX:084-939-5118		氏 名		男・女連絡先	+	Д П
↑いず:		下さい		入所希望者		是 机176		
	在	〒 −		との関係	□配偶者 □子 □子の	配偶者 □兄弟姉妹	□その他()
申	住所				□ 同居している 構成			
込	氏 名			同居の区分				
者	本人との続柄	電話番号			□ 別居している	*	ーパーソン()
	7177001111	енн в У	主			•	`	かに離れている
	保険者の	被保険者番号		介護者の	□ 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 □ 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			
入居希望者	名称	一	た	だ	困難 □ 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			
	要介護度	文2・1・2・3・4・5 認定期間 令和 年 月 日まで	る		□ 介護する者はいるが、高齢	^{骨であり十分な介護が困難}	推	
	フリガナ				□ 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			
	氏 名	()歳	護		{補足すべき身体の状況について、具体的にご記入下さい}			
	住所	〒			【障害部位】			
		□ 自宅で暮らしている	者					
	現在利用して いる施設・ サービス等	□ 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				\bigcirc		$\langle \rangle$
		□ 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 □ その他()						
		施設等に入所(入居・入院)している場合				A.C.K	\	11
		施設名又は病院名						
		(所 在 地)				(=/ (=)		= / =
		担当ケアマネージャー等)} \{		}} \\
								V V
の状況	ADL状況	移動				the late		
		食事 排泄		身元引受人	氏 名	続柄 連絡先		
		入浴	7	まんが支入 予定者	- ·	続柄		
		更衣			氏 名	連絡先		
		意思疎通 可 ・ ある程度可 ・ 不可						
	健康状態	病 名			私は、入居申込施設が尾道	首市•居宅介護支援事業	所・主治医等か	ら私の介護
	その他	□ 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 □ 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		提供に関する 居希望者の]意確認欄	 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
					令和 年 月	日		
		□ 当該施設を返所して長期入院し、返院することになったが任宅での介護が困難□ その他(四,1公中田4,22,131		<i>-</i>		
	入居希望時期	□ 今すぐ入居したい □ 令和 年 月頃までに入居したい			氏	名		(II)
	由认状況	□ 当該施設のみ由込 □ 他の施設にも申し込んでいる					14 스 4- 44	ニニガムニ