

グループホーム春光苑・春華苑 利用申込書 ①

利用希望者	氏名	ふりがな	男	大正	昭和	女	年	月	日生	(歳)			
	住所				電話								
介護保険	介護度	要介護	1	2	3	4	5	要支援	2	区分変更中	負担割合	1割	2割
	認定期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日											
	居宅介護支援事業所名 担当ケアマネージャー名							かかりつけの病院名 主治医名					
既往歴	【いつ頃どのような病気や治療をされましたか？】												
	年	病名				病院名			年	病名		病院名	
身体障害者手帳等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有り (身障・療育・精神)					種 級		交付年月日: 年 月 日				
申込み理由	具体的な申込み理由をお書きください。 <input type="checkbox"/> 介護者が不在、または高齢、就労等で十分な介護ができない <input type="checkbox"/> その他 ()												
	退居後	<input type="checkbox"/> 自宅で生活する		<input type="checkbox"/> 施設入所		※申込みをしてある施設がありましたらご記入下さい							
入居申込み希望者様について	<input type="checkbox"/> 検討中 ()												
	当苑入居申込みに際し、ご本人様は同意 <input checked="" type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> これから説明する ※入居に際しては、ご本人の同意が必ず必要です												
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子							
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ				<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 付き添い <input type="checkbox"/> 全介助							
		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> 難しい							
	生活歴	(どこで生まれて、どのような仕事をして、どのように現在まで暮らしてきたか等を、大まかにお聞かせください)											
	ご家族の意向	(ご本人に施設でどのように生活して欲しいか、どのようになって欲しいか等をお聞かせください)											
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (一人暮らし・夫婦暮らし・その他) <input type="checkbox"/> 入院中(病院) <input type="checkbox"/> 入所中()												

※①介護保険被保険者証 ②介護保険負担割合証のコピーを添付してください。

- ・上記のとおり貴施設を利用致したく申し込みます。
- ・入居検討に必要な情報を関係機関から収集する事に同意します。

令和 年 月 日

申込者(身元引受人)

住所

氏名

続柄()

自宅電話

携帯電話

グループホーム春光苑・春華苑 管理者 殿

令和 年 月 日受付 受付者:

