

# グループホーム 申込書

申請日:令和 年 月 日 / 受付番号:

申請者氏名	⑩ 続柄		連絡先①		
申請者住所			連絡先②		
フリガナ		性別	生 年 月 日		
入居希望者氏名		男・女	M・T・S 年 月 日		
住 所			電話番号		
介護認定: 未認定・申請中・認定済【自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)】					
障害者手帳: 無・有 ⇒ 種 級		障害部位:			
ケアプランセンター名		電話番号	担当介護 支援専門員		
ご利用中のサービス					
かかりつけ医	病院名:		病院 主治医: 医師		
	病 名:				
日常生活動作	移 動	独歩・杖・押し車・歩行器・車椅子・不可 / 介助(無・有)			
	詳細:				
	食 事	介助(無・有) / 嚥下困難(無・有) / 制限(無・有⇒ )			
	詳細:				
	入 浴	自立・一部介助(入浴の為のサービス利用、見守りを含む)・全介助			
	詳細:				
	排 泄	介助(無・有) / 尿・便意(無・有) / オムツ使用(無・有)			
	詳細:				
現在の状況  (認知症状を含む)					
医療状況					
家 族 の 状 況 (緊急時の連絡の順番にご記入ください。)					
氏名	続柄	年齢	同・別居	住所	電話番号
①					
②					

③					
---	--	--	--	--	--

どうみょうじ高殿苑 072-936-3515