

グループホーム嬉楽家入所申込書（新規・変更）

年 月 日

認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム 嬉楽家

所長様

介護保険法に基づき要介護認定を受けましたので、この入所申込書により入所を希望いたします。

貴施設以外の施設に入所が決定した場合、要介護度や連絡先、介護の状況等について変更がありました場合は、速やかに貴施設に連絡致します。

入所希望者 (本人)	ふりがな			性別	男・女	生年月日	年 月 日
	氏名						
	住所	〒 電話番号 () -					
介護保険保険者	(市町村)			被保険者番号			
要介護認定	要介護1・2・3・4・5			認定有効期間	年 月 日		
	要支援2				～ 年 月 日		
障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
担当ケアマネジャー	事業所・氏名			電話番号 () -			
連絡先 (申込者)	ふりがな			性別	男・女	入所希望者 との続柄	
	氏名						
	住所	〒 ※携帯電話等、日中に連絡のとれる電話番号 () -					
経済状況	年金収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(種類:		金額:	円/月)	
	その他収入	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	(種類:		金額:	円/月)	
他施設等の 申込みについて	<input type="checkbox"/> 当施設のみを申込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申込みをしている。あるいは、申込み予定がある。 → 既に申込みをした施設名 () 申込み予定の施設名 () <input type="checkbox"/> 他の施設に入所中 ()						
入所の時期について	<input type="checkbox"/> できるだけ早く <input type="checkbox"/> 年 月以降 (理由:)						
主治医	病院名・医師名:			(診療科: 科)			
既往歴							
現在、治療している 病気。通院の有無							
認知症行動 (複数選択可)	徘徊・昼夜逆転・物取られ妄想・うつ病・暴力・せん妄・異食 ・不潔行為・収集癖・幻覚・幻聴・その他 ()						
介護者が困っていること							