

グループホーム 入居申込書

令和 年 月 日

認知症高齢者グループホーム はまむら
 管理者 小笠原 圭子 様

認知症高齢者グループホームはまむらに入居したいので次のとおり申し込み致します。

利用者 本人	住所	〒				電話番号()	—
	氏名	ふりがな				印	
		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日(歳)	性別
申請者	住所	〒				電話番号()	—
	氏名	ふりがな				印	
		生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日(歳)	性別
	続柄						
	介護者	<input type="checkbox"/> 主介護者 <input type="checkbox"/> 従介護者 <input type="checkbox"/> 協力者 <input type="checkbox"/> その他()					
	世帯	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
	勤務先 及び 連絡先	住所及び氏名(会社名)				電話番号()	—

【状況確認】

現在の生活場所	自宅(居宅事業所:) /介護支援専門員:) 病院() 施設() その他()
現在のサービス内容	*利用しているサービスを○で囲って下さい。 訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリ 短期入所 グループホーム 施設入所(介護老人福祉施設 ・ 介護老人保健施設) その他:

- ★サービス付き高齢者向け住宅入居申し込みも合わせて 希望する 希望しない
 ★サンテリオン鹿野申し込みも 希望する(老健入所 ・ グループホームしかの) 希望しない

【①家族及び近親者の状況】同居・別居・介護者欄は該当する箇所を○印で囲ってください。

ふりがな 氏名	生年月日	住所	連絡先	続柄	同・別居 介護者
	M・T・S (. 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	M・T・S (. 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	M・T・S (. 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	M・T・S (. 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	M・T・S (. 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者

【②家族構成図(ジェノグラム)】

※2親等まで作成して下さい。
男□ 女○ 死亡■又は●

【③公的サービス】

介護(申請中・支援2・要介護1・2・3・4・5)
 身障・精神(級) 特別医療
 老人医療 原爆手帳
 その他()

【④経済状況】

本人の 所得 状況	種類	年 金		
	収入	約 万円/年	年間 所得	万円
	その他収入	約 万円/年		
	備考			

【⑤社会歴・生活歴】出身地、職歴、趣味、活動、特技、交流、これまでの生活状況等を詳しく記入下さい。

【⑥意向調査】サービス利用についての考え、これからの生活又は施設に要望すること等ご記入下さい。

【本人主訴】

【家族主訴】

【⑦主病名・既往歴、その他】

【⑧健康診断書並びに血液検査を依頼させていただきます。】

入居判定の際に取寄せさせていただきます。→承諾する(署名 印) 承諾しない

<備考> (希望する箇所にチェックをして下さい。)

連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> ~8:30 <input type="checkbox"/> 8:30~11:30 <input type="checkbox"/> 11:30~14:30 <input type="checkbox"/> 14:30~17:30 <input type="checkbox"/> 17:30~ <input type="checkbox"/> 指定なし
利用を開始したい時期	<input type="checkbox"/> 即利用 <input type="checkbox"/> 1ヶ月~3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 3ヶ月~6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月~1年後 <input type="checkbox"/> 1年~2年後 <input type="checkbox"/> 指定なし

※他施設にも入所申込又は申込検討されている方は施設名をご記入下さい。

【施設名:

】 Gは—記録認グ06-20210321