

グループホームほのぼのの家 入居申込書

		申込日：平成 年 月 日				
① 入居者	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	氏名		満年齢	満 歳	性別	男・女
			血液型			
	現住所		〒			
	電 話		F A X	携帯電話		
	近 況		<input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> サービス等利用なし <input type="checkbox"/> 入所中() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 在宅サービス利用中()			
	紹介者	名称			担当者名 (職種)	
		所在地				
	家族構成		凡例 本人 二重□, ◎ 男 □ 女 ○ 死亡 ■, ● 夫婦 = ※同居は線で囲む		氏名 続柄 年齢 _____ _____ _____ _____ _____ _____	
	氏名				続柄	
				特記事項		
住所		〒				
電 話		F A X	携帯電話			
氏名				続柄		
				特記事項		
住所		〒				
電 話		F A X	携帯電話			
氏名				入居者との 関係		
住所等		〒				
電 話		F A X	携帯電話			
③ 申込者		私こと _____ は、「グループホームほのぼのの家」の担当者から、 入居についての利用説明、料金説明及び各種注意事項の説明を受け、その 主旨を理解・同意した上で、貴事業所にグループホームの入居を申込み 致します。				
		平成 年 月 日		氏名 _____ 印 _____		

入居者情報提供書

グループホームほのぼのの家

作成日：平成 年 月 日

殿

作成者：

氏名					性別	生 年 月 日				
					男 <input type="checkbox"/>	女 <input type="checkbox"/>			千 支	
現住所	〒				電話					
					FAX					
					携帯等					
緊急連絡先	日中	氏名			続柄			氏名		
		住所						住所		
		連絡先		携帯		連絡先		携帯		
家族構成	※同居は線で囲む 本人 … <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 男 … <input type="checkbox"/> 女 … <input type="checkbox"/> 死亡 … <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 夫婦 … <input type="checkbox"/>				収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
					保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 共済組合 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> その他 ()				
					障害認定等	<input type="checkbox"/> 身体障害 ()				
						<input type="checkbox"/> 精神障害 () <input type="checkbox"/> 難 病 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
					特記					
要介護認定有効期間	～									
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援									
障害老人の日常生活自立度										
認知症老人日常生活自立度										
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな字は見える <input type="checkbox"/> かなり大きな字は見える <input type="checkbox"/> 殆ど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能									
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> かなり大きな声は聞こえる <input type="checkbox"/> 殆ど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能									
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	屋 内	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子						
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	<input type="checkbox"/> 一般食 <input type="checkbox"/> 治療食(種別: /)									
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	日 中	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> Pトイレ	<input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ()						
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
	方 法	<input type="checkbox"/> 一般浴	<input type="checkbox"/> 特殊浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭						
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
コミュニケーション										
趣味嗜好										
特記事項										

※ 関係機関へ情報提供することに同意を得ています。

※ この情報は介護保険有効期間内のみ有効。