

# グループホームほのぼの塚本 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		<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> <b>凡例</b>            本人 二重□, ◎            男 □            女 ○            死亡 ■, ●            夫婦 =            ※同居は線で囲む         </div>		氏名      続柄      年齢 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	
	氏名				続柄	
				特記事項		
② 主たる連絡先 緊急連絡先 キーパーソン等	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			
③ 申込者	氏名		入居者との関係			
	住所等		〒			
	電 話		F A X	携帯電話		
	誓約事項		私こと _____ は、「グループホームほのぼの塚本」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塚本

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	歳	
現住所	〒		電話				
			FAX				
			携帯等				
緊急連絡先	日中	氏名	続柄	氏名	続柄		
		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="radio"/> 男 … <input type="checkbox"/> 女 … <input type="radio"/> 死亡 … <input type="checkbox"/> <input type="radio"/> 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						
	<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: / )						
	主食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> パースト					
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。