|  |  |
| --- | --- |
| 受付日 | 受付者 |
| 令和　　年　 　月　 　日 |  |

医療法人大誠会　グループホーム馥郁入所申込書

以下のとおり、添付書類を添えてグループホーム馥郁に入所を申し込みます。

（添付書類）　□介護保険証（写し）　　□介護保険負担割合証（写し）　　　□お薬手帳（写し）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 情報提供の同意 | 入所待機者の状況等に係る統計上の情報として、この申込みの内容を薩摩川内市から提供依頼があった場合は、提供することに同意します。 | * はい * いいえ |

１．申込者の情報（今後の連絡先にさせていただきます）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 入所者との続柄 | 電話番号（自宅等） |
|  |  | （　　　　）　　　－ |
| ご住所 | （〒　　　　－　　　　　） | | 携帯番号 |
|  | | －　　　　－ |

２．入居希望者の情報

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | | | | | | | | | | 性別 | | | 生年月日 | | | | | | 年齢 |
|  | | | | | | | | | | 男　女 | | | T ・ S 　年　　　月　　　日 | | | | | |  |
| ご住所 | | | （〒　　　　－　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | （　　　　）　　　－ | | | | |
| 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | | 要支援 | | 要介護 | | | | | 認知症日常生活自立度（※裏面参照） | | | | |
|  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | 2 | | 1 2 3 4 5 | | | | | １　Ⅱa Ⅱb Ⅲa Ⅲb Ⅳ Ｍ | | | | |
| 現況 | | | | □独居  □家族等と同居  □施設入所または入院中 | | | | | | | | 居宅介護支援事業所 | | | | | | | 担当介護支援専門員または相談員 | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | |
| 施設名または病院名 | | | | | | | | | | 入所または入院時期 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日　～　入所中　・　入院中 | | | | | | | | | |
| 医療機関 | | | |  | | | | | | | | | | | | | 主治医 | |  | | | | |
| 現病歴及び既往歴 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 日常生活  活動状況 | | | | 歩行 | | 自立 ・ 杖 ・ 車椅子 | | | | | | | 入浴 | | 自立・一部介助・全介助 | | | | | 視力 | 問題 あり・なし | | |
| 排泄 | | 自立・一部介助・全介助 | | | | | | | 着脱 | | 自立・一部介助・全介助 | | | | | 聴力 | 問題 あり・なし | | |
| 食事 | | 自立・一部介助・全介助 | | | | | | | 座位 | | 自立・背もたれが必要 | | | | | 会話 | 問題 あり・なし | | |
| 認知症  症状等 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 本人入所意思 | | あり ・ なし ・ 不明 | | |

