|  |  |
| --- | --- |
| 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 |

