

グループホーム ライフビラ姫路 入居申込書

申込者(手続きに来た方)

ふりがな		続柄
氏名		
住所	〒 -	
自宅電話番号	()	
携帯電話番号	()	

※この欄は事業所が記入します

申込日	令和 年 月 日
受付日	令和 年 月 日

受付担当者 _____

グループホーム ライフビラ姫路を利用したいので、次の通り申し込みます

ふりがな	性別	生年月日	年 月 日
氏名	男・女	年齢	歳
住所 (介護保険証の住所)	〒 - 電話番号 ()		
保険者	市・町	認定有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日
被保険者番号		
要介護度	1 · 2 · 3 · 4 · 5 · 支2	負担割合	1割 · 2割 · 3割
現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている		<input type="checkbox"/> 医療機関に入院している <input type="checkbox"/> 施設や高齢者専用住宅に入所している
	◇現在利用している介護サービスと事業所名 サービスの種類	事業所名	◇病院名又は施設名と入院又は入所期間 病院・施設名 入院・入所期間 令和
	主治医連絡先 医師名		
	病院名 電話番号 ()		
	担当ケアマネジャー連絡先 担当者名		
事業所名 電話番号 ()			
第一連絡先	ふりがな	続柄	自宅の電話 ()
	氏名		携帯電話 ()
	住所	〒 -	
第二連絡先	ふりがな	続柄	自宅の電話 ()
	氏名		携帯電話 ()
	住所	〒 -	

グループホーム ライフビラ姫路 入居申込書②

入居をご希望される方の現在の状態をお知らせください

食 事	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる(箸・スプーン・フォーク・自助具) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	主食 <input type="checkbox"/> ふつうのご飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	副食 <input type="checkbox"/> ふつう食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他()
	咀しゃく <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯(上下・上ののみ・下のみ・部分) <input type="checkbox"/> 歯茎のみ
	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食べ物: 薬: 他:)
苦手な食べ物 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
排 泄	<input type="checkbox"/> 一人で行なっている <input type="checkbox"/> 一部介助(衣類の上げ下げ・パッドの用意・トイレまでの案内)
	<input type="checkbox"/> おむつ(常時・夜間のみ) (パッド・紙パンツ) <input type="checkbox"/> 排泄器具使用(ポータブルトイレ・尿器)
	排便 <input type="checkbox"/> 毎日ある(自然排便・薬でコントロール) <input type="checkbox"/> [] 日毎にある(自然排便・薬でコントロール)
入 浴	<input type="checkbox"/> 一人で入っている <input type="checkbox"/> 一部介助(衣類の着脱・洗身・洗髪・浴室までの案内)
歩 行	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖で歩く <input type="checkbox"/> 手すり等に掴まり歩く <input type="checkbox"/> 手引き介助 <input type="checkbox"/> 車いす使用(自操・全介助)
視 力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 低下(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> メガネの使用(有・無)
聴 力	<input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> やや難聴(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 難聴(右・左・両方) <input type="checkbox"/> 補聴器の使用(有・無)
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 困難
認知症の種類	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他()
認知症高齢者自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M ※主治医意見書の写しが必要です
周辺症状	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 場所が分からぬ <input type="checkbox"/> 日時が分からぬ <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想(物盗られ・被害) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()
現病歴 既往歴	
常備薬 内服薬	
好きな事や趣味、これまでの生活習慣	
入居にあたってのご要望があればご記入ください	

申込年月日 令和 年 月 日

申込者 印