

グループホーム港南入居申込書

申込者氏名 (続柄)

住所

電話番号 ()

貴ホームに入居したいので次の通り申し込みします。

介護保険者番号	横浜市 区 14 _____	10 桁番号	
ふりがな			
対象者氏名	(男 ・ 女)		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生 (歳)		
住所(住所登録)	神奈川県横浜市		
電話番号	045-		
要支援・要介護日	平成 年 月 日		
要支援・要介護度	要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5		
認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日		
主な精神症状	【意思疎通】 可 ・ その場限り ・ 疎通困難 【主な認知症状】【その他 統合失調 ・ 躁うつ病】 物忘れ・見当識障害・同じ話を繰り返す・独語・暴言・奇声 暴力行為・帰宅願望・徘徊・被害妄想・昼夜逆転・多動 無断外出・過食行為・拒食障害・収集癖・異食行為・切破行為		
歩行状態	独歩・杖歩行・歩行器歩行・手引歩行・車椅子〔立位 可・不可 〕		
医療行為の有無	以下の医療行為〔 有 無 〕 各種注射・人工肛門・排尿バルーン・胃ロウ摂取・過度の褥瘡 その他〔 _____ 〕		
利用者負担 支払い方法	【本人の年金と貯蓄】	【配偶者の年金と貯蓄】	
	【家族及び本人年金と貯蓄】	【公的扶助:生活保護受給者】	
特記事項	【現在の生活場所】 在宅・病院・老健・有料・特養・療養型病床・グループホーム ※〔施設・病院名 _____ 〕		
紹介者	担当ケアマネ〔事業所名 _____ 〕 公告・行政・入所先・入院先・入居者家族・知人・近隣		

上記申し込みと異なる場合のみ記入

連絡先	氏名	(続柄)
	住所	
	電話番号	()

〔受付〕 平成 年 月 日 受付者氏名