

## グループホームたいよう施設利用申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人大内さつき会  
理事長 鈴木 文登 様

申込人住所

氏 名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_  
印 ( ) \_\_\_\_\_

電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

次のとおりグループホームたいようの施設利用を申し込みます。

ふりかな		男・女	M・T・S 年 月 日	年 齢	介護度	
利用者氏名				歳		
ご住所				電話		
本籍地						
利用者代理人	氏名	印	続柄	年齢		
	住所				電話	
身元引受人	氏名	印	続柄	年齢		
	住所				電話	
家族等の状況	氏 名	続 柄	年 齢	職 業	同居・別居	別居先の電話番号等
					同・別	
					同・別	
					同・別	
					同・別	

※ 健康診断書（施設指定用紙）及び介護保険証の写しを添付してください。

※ 介護度の変更の場合、また、死亡や施設等に入所した場合は必ず連絡してください。

# 入居希望者の現状

令和 年 月 日 現在		調査員氏名			
被保険者番号		健康保険		身障手帳	有 無
介護認定期間	自 令和 年 月 日 ～ 至 令和 年 月 日				
ケアプラン作成事業所					
現在受けているサービス	ショートステイ	月・週 日	訪問入浴	月・週 回	
	デイサービス	月・週 回	訪問看護	月・週 回	
	ホームヘルパー	月・週 回	その他		
病院等・施設入所	入院・入所施設名				
入院・入所年月日	平成 年 月 日	退院・退所勸奨	あり・なし		
退院・退所予定	平成 年 月 日				
かかりつけ病院名	病院	受診科目	科 科		
他施設申込状況	あり・なし	施設名			
入所希望者の年間所得					
食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 1週間に1度	<input type="checkbox"/> 清拭のみ
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
移 動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲	老眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 大声で聞こえる	<input type="checkbox"/> 難聴		
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 不明瞭	<input type="checkbox"/> 失語	<input type="checkbox"/> 会話不能	
認知症等	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	軽度	中度	重度
薬の服用	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	薬の名前 ( )		
既往歴					
入居希望の理由					