

グループホーム福岡天神南さくらそう 利用申込書

申込日 年 月 日

○貴ホームに入居を希望しますので以下のとおり申し込みをいたします。

申込者	(フリガナ)	続柄	住所	〒												
	氏名	印	電話番号	携帯番号												
利用者希望者	(フリガナ)	性別	生年月日	明大昭	年	月	日	(歳)								
	氏名	男 女	電話番号													
	住所	〒														
	介護保険	被保険者番号		要介護区分	支2	1	2	3	4	5	申請中					
		認定日		H	年	月	日	有効期限	H	年	月	日	～	H	年	月
	健康保険	種別	番号・記号													
年金収入額	種別	支給額	月額	円	他収入額	無・有(月額)		円								
現況	<input type="checkbox"/> 自宅			<input type="checkbox"/> 同居			<input type="checkbox"/> 独居									
	<input type="checkbox"/> 入院中	病院名	期間							～						
	<input type="checkbox"/> 入所中	施設名	期間							～						
	<input type="checkbox"/> その他															
身元引受人①	(フリガナ)	続柄	生年月日	大昭平	年	月	日	(歳)								
	氏名	電話番号	携帯番号													
	住所	〒														
	職業：会社役員 会社員 自営業 無職 他()				年収：～200万 201万～400万 401万～600万 600万～											
	(勤務先名)	(所属部署)	(役職)	勤続年数	年	電話番号										
	所在地	〒														
身元引受人②	(フリガナ)	続柄	生年月日	大昭平	年	月	日	(歳)								
	氏名	電話番号	携帯番号													
	住所	〒														
	職業：会社役員 会社員 自営業 無職 他()				年収：～200万 201万～400万 401万～600万 600万～											
	(勤務先名)	(所属部署)	(役職)	勤続年数	年	電話番号										
	所在地	〒														
緊急連絡先	(フリガナ)	続柄	住所	〒												
	氏名	電話番号	携帯番号													
※申込者以外																

主治医	病院名	担当医	電話番号
ケアマネージャー	事業所名	電話番号	
	担当ケアマネージャー	担当着任	H 年 月 頃
心身の状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行・つたい歩き <input type="checkbox"/> 車イス(自走) <input type="checkbox"/> 車イス(介助)	
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可(3分程度) <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 立位不可	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やわらかめ <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声かけ・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> (おむつ使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 外出時のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 常時	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通に見える(眼鏡 有・無) <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 全く見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通に聞こえる(補聴器 有・無) <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左・両) <input type="checkbox"/> 全く聞こえない	
	言語	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや聞き取りづらい <input type="checkbox"/> かなり聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 話せない	
	意志疎通	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> 時々できない <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない	
	認知症	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 独り言 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 幻聴・幻覚 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他()	
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> その他()		
現在利用中のサービス	利用サービス	利用頻度	利用事業者名
入居を希望される理由			
希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までに入居したい <input type="checkbox"/> 具体的な期日がある 年 月 日		
事業所使用欄	介護保険 確認印	認知症 確認 書類: 確認印	診療情報 確認印 受付者 確認印