

グループホーム 絆・

| | |
|------|-------|
| もりやま | きのせ |
| いしだて | じょうやま |

 入居申込み書

(希望施設に○をお願いします。複数可)

申込日 令和 年 月 日

| | | | | | | |
|---------------------|--|-----|-------|----------------------------------|-----------------|--|
| ふりがな | | 男・女 | 生年月日 | 年 月 日 ()歳 | | |
| 氏名 | | | 明・大・昭 | | | |
| 住所 | 〒 TEL | | | 要介護度 (支援2含) | | |
| 病歴 | 認知症病名(必須); (直近のテスト)長谷川式 点 or MMSE 点 他; | | | かかりつけ医 | | |
| 身体 認知症 の状態 | | | | 現在、入院・入所、利用中の介護 サービス・ケアマネジャー等 | | |
| 出身地 | | | 職歴 | | | |
| 生活歴 | | | | | | |
| 趣味等 | | | | | | |
| 特記事項・ 大切な事や 物 | | | | | | |
| 入居理由 | | | | | | |
| 家族構成 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業 | 住所 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 身元引受人 | 氏名 | 年齢 | 続柄 | 職業 | 住所 | |
| | | | | | 〒 携帯: 電話: | |
| 被保険者番号 | | | | | | |

※入所に当たっては要支援2又は要介護の方及び認知症の診断のある方でないと要件を満たせませんので
ご注意ください。