

医療法人社団甲有会 グループホームこころ ・ ケアハウスたいよう
利用申込書

申込受付日 平成 年 月 日

| | | | | | | |
|-------------------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------|--------------------|-----|------|
| 利用 | ふりがな | | | | | 男・女 |
| | 氏名: | | | | | |
| 希望者 | 住所〒 | | | | | |
| | | | | ☎: | | |
| | (生年月日) | M・T・S | 年 | 月 | 日 | (歳) |
| 主介護 / | ふりがな | | | | | |
| | 氏名: 続柄 () | | | | | |
| 相談者 | 住所〒 | | | | | |
| | ☎: | | | FAX: | | |
| | ☎【携帯】: | | | | | |
| 入所希望 | ・入所希望施設 | ・グループホーム ・ケアハウス | | | | |
| | ・入所希望日 | ・平成 年 月頃希望 ・その他() | | | | |
| 現在の状況 | 自宅(同居者 有・無) 入院中(病院名) | | | | | |
| | 施設入所中(施設名:) その他() | | | | | |
| 家族・親戚 構成 | 氏名 | 続柄 | 年齢 | 同別居 | 連絡先 | |
| | | | | 同・別 | | |
| | | | | 同・別 | | |
| | | | | 同・別 | | |
| | | | | 同・別 | | |
| | | | | 同・別 | | |
| 主治医 | 病院名: | | | 医師名 | | |
| | ☎: | | | | | |
| 居宅介護 支援 事業所 | 事業所名: | | | 担当 ケアマネ ジャー名 | | |
| | ☎: | | | | | |
| 介護認定 | 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 (受けていない・申請中) | | | | | |
| | 認定有効期間 | | 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 | | | |
| 日常生活 自立度 | 寝たきり | 自立・ J1・ J2・ A1・ A2・ B1・ B2・ C1・ C2 | | | | |
| | 認知 | 自立・ a・ b・ a・ b・ M | | | | |
| 入所に当た る希望 | | | | | | |
| | | | | | | |

平成 年 月 日

受取印