

社会福祉法人ほのぼの小千谷福祉会

グループホームほのぼの 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

申込者氏名	ふりがな  ⑩	対象者との 続柄	
住所	〒	電話番号 携帯電話	
連絡先	自宅 勤務先		

入居希望者氏名	ふりがな	生年月日 ( 歳) 性別
住所	〒	電話番号
介護保険	要介護度：(要介護 ) 認定有効期間： ~ 認定日：	
担当介護支援専門員	事業所名 担当者	
認知症診断	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 診断名 _____	
	診断者 病院名 _____ 診断医師名 _____	
利用サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー( /w) <input type="checkbox"/> デイサービス( /w) <input type="checkbox"/> ショートステイ( /M) <input type="checkbox"/> 訪問介護( /w) <input type="checkbox"/> 福祉用具・その他( /w)	
ご本人の状態	歩行 <input type="checkbox"/> つかまらないで歩ける <input type="checkbox"/> つかまらなると歩けない( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器)	
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要 ・義歯 <input type="checkbox"/> 上義歯のみ <input type="checkbox"/> 下のみ	
	義歯 <input type="checkbox"/> 上義歯のみ <input type="checkbox"/> 下義歯のみ <input type="checkbox"/> 上下義歯あり	
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何らかの介助が必要だが、自宅で入浴 <input type="checkbox"/> 自宅以外で入浴	
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り (リハビリパツ ・ パット )	
	衣類着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助	
	聴力 <input type="checkbox"/> やや難聴(右 ・ 左 ) <input type="checkbox"/> 難聴	
	性格 <input type="checkbox"/> 明るい <input type="checkbox"/> 気にしやすい <input type="checkbox"/> 短気 <input type="checkbox"/> 頑固 その他( )	
現在治療中の病気	(病名 ) (病院名 ) (主治医 )	
	(病名 ) (病院名 ) (主治医 )	
服薬	<input type="checkbox"/> あり (お薬カードのコピーをお願いします) <input type="checkbox"/> なし	
今までにかかった病気	(病名)	
	(期間)	
他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(施設名： )	
	<input type="checkbox"/> その他施設(施設名： )	

・入所検討のために必要な情報(入所希望者およびその家族等に関する事)を担当居宅介護支援事業所や他の介護保険施設、医療費機関等から収集することに同意します。

令和 年 月 日

入所希望者氏名 \_\_\_\_\_  
入所申込者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄： )