

グループホーム東町 入所申込書

申込日 平成 年 月 日

申込者	氏名	続柄()			電話番号	携帯
	住所	〒 -				
入所希望者	フリガナ	男・女	明治・大正・昭和			介護度
	氏名		年 月 日 生 歳			
	住所	〒 -			TEL() -	
連絡先	フリガナ	続柄()	電話番号	携帯		
	氏名					
	住所	〒 -				
介護支援事業所	事業所名				ケアマネ	
現在の状況	入院中	医療機関名			年 月 ~ 入院	
	在宅	利用中のサービス デイ・ショート・その他()				
	移動	自立・一部介助・全介助 移動用具(なし・杖・車椅子・歩行器) 車椅子操作(可・不可)				
	食事	自立・一部介助・全介助 (箸・スプーン・フォーク・自助具) 形態 (主食：ご飯・軟飯・粥・ミキサー / 副食：普通・刻み・極刻み・ミキサー)				
	排泄	自立・一部介助・全介助・人工肛門 (トイレ・ポータブル・尿器・オムツ・はくパンツ・尿取パット)				
	入浴	一般浴・車椅子浴・機械浴・清拭 入浴回数 回/週				
既往歴	認知症 (有・無)					
希望理由						