

# グループホーム入居申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 清和園

理事長 清水 一人 様

申込者

印

グループホームに入居したいため、次のとおりに申し込みます。

入居希望者 氏名	ふりがな			男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)			
現住所	〒 電話 ( )			
本籍地	〒			
介護保険 被保険者番号			要介護度区分	
認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
ケアマネージャー の有無	無・有 ( )			
現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他の者と同居 <input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設に入所 (施設名 ) <input type="checkbox"/> 病院などの医療施設に入院 (病院名 )			
障害者手帳	有 第 種 級 (障害名 ) 無			
収入状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
連絡先	住所	〒 電話 ( )		
	氏名	ふりがな	同居の 区分	同居 ・別居
		続柄 ( )		

## 【施設記入欄】

受付日	平成 年 月 日	受付者		No	
-----	----------	-----	--	----	--

# 身体状況調査書

現在の身体状況	病名		
	病院名		
	受診方法	通院 ・ 往診	通院 ・ 往診
	診療開始日	年 月 日	年 月 日
	特記事項		

主な病歴	病名		
	病院名		
	受診方法	入院 ・ 通院 ・ 往診	入院 ・ 通院 ・ 往診
	発病	年頃	年頃
	特記事項		

伝染性疾患の有無	有 【MRSA、肝炎、性病、胸部疾患、その他( )】 無
医療的処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他( )
その他特記事項等	

生活歴 ( 出生 ・ 学歴 職歴 ・ 結婚 等 )	
---------------------------------	--