

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日

	新規申込

グループホーム万葉の里 入居希望者状況書

利用申込者(本人)の状況

フリガナ		要介護度	1・2・3・4・5
利用希望者 氏名		被保険者番号 年 月 日
		認定の有効期間	↓ 年 月 日
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	<input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 / <input type="checkbox"/> 区分変更申請中)	
現住所	〒		
	TEL	— —	FAX — —

居宅介護支援事業所			担当者()
	TEL	— —	FAX — —

かかりつけ医院			主治医()
	TEL	— —	FAX — —

緊急連絡先	①	氏名			続柄()
			TEL	— —	携帯電話 — —
	②	氏名			続柄()
			TEL	— —	携帯電話 — —
	③	氏名			続柄()
			TEL	— —	携帯電話 — —

本人の状況	<input type="checkbox"/> ア	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> その他()	事前訪問	面接日他決定前の連絡方法について
	<input type="checkbox"/> イ	同居家族の有無			都合の良い日時:()
	<input type="checkbox"/> ウ	歩行状態			(~)時頃
	<input type="checkbox"/> エ	受診の頻度	()回/月		対応いただく方:
	<input type="checkbox"/> オ	施設や病院への入所または入院(入院中)の状況について(直近)			(※主たる介護者さんをお願いします)

※ 上記よりオに該当する場合はご記入ください					種類	概要	
経過	年 月～	現在	病院(施設)	科	手帳等	身障手帳	有・無・申請中・(級)
	年 月～	年 月	病院(施設)	科		精神手帳	有・無・申請中・(級)
	年 月～	年 月	病院(施設)	科		療育手帳	有・無・申請中・()

状態	日常生活自立度				認知症高齢者の日常生活自立度										
	J1	J2	A1	A2	B1	B2	C1	C2	正常	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV

入居理由	グループホームへの入居を希望される理由や状況について支障の無い範囲でご記入ください															
															
															

質問事項	入居を希望されるに際し質問事項やお気付きの点がありましたらご記入ください															
															
															

代行者	氏名															本人との関係()
	住所 〒															
	TEL	— —	FAX	— —	携帯電話	— —										

※ 診断書と介護保険者証(写し)を添付してください