入所申込書

グループホームらくえん倶楽部
（認知症対応型共同生活介護）

入所を希望しますので、下記の通り申し込みます。

申込日：　　年　　月　　日

申込者	ふりがな 氏　名		□ 本　人（入所者自身が申込を行う場合） □ 代理人（続柄：　　）
	住　所	〒　　－	
	ＴＥＬ	（自　宅）　　—　　—　　（携帯電話）　　—　　—	

入所者本人の状況等	ふりがな		保険者番号		
	氏　名		介護保険被保険者番号	0 0 0	
			要介護度	・支2　・1　・2　・3　・4　・5	
	生年月日	ＭＴＳ　年　月　日	要介護認定期間	令和　年　月　日から	
	年　齢	歳　性別　男　女		令和　年　月　日まで	
	入所希望者の自宅住所	〒　　－	認定年月日	令和　年　月　日	
	電話番号	（自宅）　　－　　－　　（携帯）　　－　　－			
	現在の居住地	□独居　□高齢者世帯　□自宅で家族と同居　□※1他の施設や病院にいる			
		※1自宅以外に居住している場合　名　称		ＴＥＬ	－　　－
		所在地　〒　　－			
		入所又は入院期間　年　月　日から（約　年　ヶ月）			
	入所申込を希望される理由	例）仕事があり、日中の介護が困難なため　遠方に居住しているため　等			
	本人の入所に対する意向	□ 希望している　□ 迷っている　□ 否定している　□ 知らせていない □ 認知力低下により理解できない　□ その他（　　）			
	在宅介護期間	年　ヶ月	居宅サービス利用の有無	□ 有　□ 無	
	居宅介護支援の状況	居宅介護支援事業所名			
		事業所の住所			
		事業所の電話番号			
		担当介護支援専門員			
	現在使用している居宅サービス	□ デイサービス（事業所名：　　）			
		□ ショートステイ（事業所名：　　）			
		□ 訪問介護（事業所名：　　）			
		□ 訪問看護（事業所名：　　）			
		□ その他（　　）			
	他施設への申込状況	□ 特別養護老人ホーム： □ 老人保健施設： □ その他の施設：			

入所者本人の状況等	医療の状況についてお書き下さい	医療機関名	担当医師名
		現在治療中の病名	
		過去の主たる病歴	
	認知症についての症状をお書き下さい。		
	現在必要としている医療的処置についてお書き下さい。	当てはまるものがありましたら✓を入れて下さい □ 経管栄養（ 胃ろう　腸ろう　鼻腔 ）　□ 中心静脈栄養 □ 在宅酸素　□ ペースメーカー　□ 尿管カテーテル　□インスリン注射 □ その他（　　）	

貴苑への入所申し込みにあたり、その手続きについて説明を受けました。つきましては、入所希望者本人の状況等について情報が必要な場合、保険者である市町村及び担当介護支援専門員やその他サービス提供事業者に照会することに同意します。

入所希望者　氏名　　㊞

代理人（家族）　住所　〒　　－

氏名　　㊞　　続柄

受付

※2以下、施設記入欄

年　月　日	入所申込受付後の状況について	担当職員

Copyright 社会福祉法人「寿真会」2011 All rights reserved.