

グループホームこいて 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日	年齢
氏 名		男 女	明・大・昭 年 月 日	歳
住 所	〒 ー	電話番号		
要介護度		負担割合限度額	認知症の診断名（いつ頃、医療機関）	
要支援2・要介護1、2、3、4、5		1割・2割	（ 年 月頃： ）	

◎本人の状況

○本人の様子（認知症状による困りごと 等）
○現病歴・既往歴（薬の有無も教えてください）

◎家族の状況

○世帯状況（あてはまるものに○をつけて下さい）
・一人暮らし ・夫婦二人暮らし ・高齢世帯(同居家族全員が65歳以上) ・その他（同居家族がいる）
○入居申し込みの理由（介護に関する困りごと 等）
○燕市内 当法人グループホームの入居希望について（希望の事業所があれば順番をご記入ください）
どこでもいい：希望有り・()我が家・()縁・()つといの家 桜町

◎居宅サービスの利用状況（利用事業所・頻度）

デイサービス ()	ショートステイ ()
小規模多機能 ()	訪問介護・訪問看護 ()
居宅介護支援事業所名	介護支援相専門員名
その他施設の申し込み状況	

◎主治医

病院・医院名	診療科名
電話番号	担当医師名

◎申込者

申込者	氏 名： 続柄
	住 所：〒 ー
	連絡先：
※利用者の心身の状況について、担当の介護支援専門員・サービス事業所へ確認する事があります。	

※①介護保険証のコピー ②認知症の診断書 を添付してください。

（受 付） 年 月 日 印

グループホームにおいて 入居申込書 (記入例)

申込日 令和 年 月 日

ふりがな	やひこ はなこ	性別	生年月日	年齢
氏 名	弥彦 花子	男 女	明・大・昭 〇年 〇月 〇日	〇 歳
住 所	〒959-0318 西蒲原郡弥彦村大字麓〇〇〇〇	電話番号	0256-〇〇-△△△△	
要介護度	負担割合限度額	認知症の診断名 (いつ頃、医療機関)		
要支援2・要介護1. 2. ③. 4. 5	①割・2割	アルツハイマー型認知症 (H25年 7月頃: 〇〇神経内科)		

◎本人の状況

○本人の様子 (認知症状による困りごと 等)
(例)・火の消し忘れや水の止め忘れがある。
(例)・1人で家から出かけて行って、帰って来れない事が多くなっている。
○現病歴・既往歴 (薬の有無も教えてください)
(例) 高血圧(薬有り)・大たい骨骨折(完治、薬なし)・糖尿病(薬有り)

◎家族の状況

○世帯状況 (あてはまるものに○をつけて下さい)
・一人暮らし ・夫婦二人暮らし ・高齢世帯(同居家族全員が65歳以上) ・その他(同居家族がいる)
(例) 本人と長男夫婦の3人暮らし
○入居申し込みの理由 (介護に関する困りごと 等)
(例)・介護者である長男妻も、高齢で持病があって介護が難しくなっている。
(例)・農家の仕事もあるが、心配で日中一人に出来ず困っている。
○燕市内 当法人グループホームの入居希望について (希望の事業所があれば順番をご記入ください)
どこでもいい : 希望有り ・ (1) 我が家 ・ (2) 縁 ・ (3) つどいの家 桜町

◎居宅サービスの利用状況 (利用事業所・頻度)

デイサービス (デイ〇〇 週3回)	ショートステイ (ショート△△ 月7日程度)		
小規模多機能 ()	訪問介護・訪問看護 (□□ヘルパー 週4回)		
居宅介護支援事業所名	〇〇〇事業所	介護支援専門員名	□□□ケアマネ
その他施設の申し込み状況	・特養〇〇 ・老健△△		

◎主治医

病院・医院名	〇〇内科医院	診療科名	内科
電話番号	(××××) ××-××××	担当医師名	〇〇先生

◎申込者

申込者 氏 名:	弥彦 太郎	続柄	長男
住 所:	〒959-0318 西蒲原郡弥彦村大字麓〇〇〇〇		
連絡先:	連絡の取りやすい電話番号を記入してください。		
※利用者の心身の状況について、担当の介護支援専門員・サービス事業所へ確認する事があります。			

※①介護保険証のコピー ②認知症の診断書 を添付してください。

(受 付) 年 月 日 印