

グループホーム入居申込書（我が家・縁・つどいの家 桜町）

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	(H 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）
○法人内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 ()	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

グループホーム入居申込書（我が家・縁・つどいの家 桜町）記入例

申込日 令和 〇年 〇月 〇日

ふりがな	ぶんすい さくらこ	性別	生年月日	年齢
氏 名	分水 桜子	男 女	明・大・ 昭 〇年 〇月 〇日	〇 歳
住 所	〒959-0130 燕市分水桜町3丁目〇-△	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 ・高齡世帯(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。
○法人内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 ・(3)我が家 ・(2)縁 ・(1)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	介護支援相専門員名	□□□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： 分水 太郎	続柄	長男
	住 所：〒959-0130 燕市分水桜町3丁目〇-△		
	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