

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	〒 一		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）		
要介護 要支援2 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（あてはまるものを選択して下さい）

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 : 〒 一	
	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丁目〇一△		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 1. 2. 3. 4. 5	1割・2割	アルツハイマー型認知症 (2005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（あてはまるものを選択して下さい）

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。

○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	(デイ△△ 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： 分水 太郎	続柄	長男
住 所：	〒959-0130 燕市分水桜町3丁目〇一△		
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