

グループホーム 住ま居る（すまいる）入所申込書

TEL 0572-45-2077 FAX 0572-45-2078

入所希望者	フリガナ			担当ケアマネージャー（有・無）											
	氏名			事業所名											
	生年月日	年	月	日	歳										
	住所			担当者名											
	TEL			TEL											
				FAX											
入所申請者	フリガナ			被保険者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
	氏名			印											
	続柄			既往歴	介護度	要支援2・1・2・3・4・5									
	住所				認定日	平成 年 月 日									
	TEL				有効期間	平成 年 月 日 ～ 年 月 日									
携帯電話															
現在の環境	* 在宅 * 入院中（ ） * 施設（ ） * その他（ ）														
主たる介護者			続柄												
障害者手帳	有 ・ 無														
主治医	病院名			医師氏名											
家族等状況	氏名	続柄	住所	連絡先	独居・夫婦二人・配偶者と・その他 										
介護状況（介護していて困っている事など）															
在宅サービス利用状況															
<input type="checkbox"/> 訪問介護（週 回） <input type="checkbox"/> デイサービス（週 回） <input type="checkbox"/> デイケア（週 回） <input type="checkbox"/> 訪問看護（週 回）															
<input type="checkbox"/> 訪問リハ（週 回） <input type="checkbox"/> ショートステイ（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）（週 回）															
* 受付日 平成 年 月 日															
* 担当者： _____ 印															