

# 【グループホーム住ま居る 記念橋】 入所申込書

TEL 0572-74-1808 FAX 0572-23-2065

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			TEL	
				FAX	
TEL			介護度	要支援 2・1・2・3・4・5	
入所申請者	フリガナ			認定日	令和 年 月 日
	氏名		印	有効期間	令和 年 月 日 ～ 年 月 日
	続柄			既往歴	
	住所				
	TEL				
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 令和 年 月 日					
*担当者 : _____ 印					