

# グループホーム入居申込書

令和 年 月 日

社会福祉法人 むべの里  
理事長 隅田 典代 様

申請者住所  
氏名  
入居者との関係( ) 印

私は、下記施設への入居を申込みします。

## 1.入居希望施設

<input type="checkbox"/> グループホーム芳玉園	<input type="checkbox"/> グループホーム藤山
<input type="checkbox"/> グループホーム厚南	<input type="checkbox"/> グループホーム大小路

## 2.入居希望者の状況

利用者氏名	ふりがな	男・女	明・大・昭	年	月	日(満 歳)		
住所	〒							
	電話( ) -							
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3	<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> 申請中
ケアマネジャー	施設名( )			氏名( )				
かかりつけの医療機関	主治医名							
現病名	■ 認知症( )							
既往歴								
特別な医療の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり⇒	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> IVH	<input type="checkbox"/> 皮膚疾患( )		
			<input type="checkbox"/> 点滴の管理	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> その他( )		
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(薬物	)(食物					
精神疾患	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有(病名	)(症状					
歩行	自立・一部介助・全介助	補助用具	杖・歩行器・車いす(自走可・不可)					
起立	自立・つかまり立ち・一部介助・全介助							
食事	自立・一部介助・全介助	食事形態	普通・一口大・刻み・ペースト					
排泄	自立・一部介助・全介助	排泄形態	トイレ・簡易トイレ・尿器・おむつ					
着脱衣	自立・一部介助・全介助							
入浴	自立・一部介助・全介助							
洗濯	自立・一部介助・全介助							
視力	普通・見えにくい・見えない(右・左)							
聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない(右・左)							
意思疎通	普通・やや不自由・不自由							
収入状況	<input type="checkbox"/> 各種年金合計(年額 万円)			<input type="checkbox"/> その他の収入(年額 万円)				
	<input type="checkbox"/> 仕送り等(年額 万円)			<input type="checkbox"/> 生活保護(年額 万円)				

