

(介護予防)認知症対応型共同生活介護)入居申込書

(華頂会 グループホームせいか)

令和 年 月 日

下記の通り申し込みします。

(申し込み者記入欄)

〒
住所
電話
携帯
フリガナ
氏名
続柄

印

利用者	フリガナ氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 (歳)
	住所	〒		FAX
世帯状況	配偶者	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他同居者	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
医療機関名			連絡先	FAX
主治医				
その他	特記事項	<input type="checkbox"/> 入院中() <input type="checkbox"/> 入所中() <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 車椅子利用 <input type="checkbox"/> 身障者手帳所持 <input type="checkbox"/> その他		
	当施設以外の申し込み状況	<input type="checkbox"/> グループホーム() <input type="checkbox"/> 老人ホーム () <input type="checkbox"/> その他老健・病院など()		
認知症の有無	<input type="checkbox"/> 有 いつ頃から <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 診断名 症状()			
介護保険証	被保険者番号		保険者	
介護度認定	<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			
認定年月日	年 月 日			
介護保険有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
居宅支援事業所	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	事業所名		
担当者氏名			TEL	