

寿康園グループホーム 入居申込書

グループホーム宮之浦希望 グループホーム飯山希望 どちらでも可

グループホーム 管理者 殿

下記の者について、寿康園グループホームの入居を申請いたします。

ふりがな		生年月日	明・大・昭	年	月	日
入居者氏名		性別	男・女	年齢		歳
入居者現住所	〒 ー (電話番号)					
本籍地	〒 ー					
引受人住所氏名	〒 ー (続柄) (電話番号)					
現在の居所	1. 自宅 2. 入院中 3. 老人保健施設 4. 療養型施設 入院中の病院名または入所中の施設名()					
介護保険	被保険者番号		保険者氏名	市・町・村		
	介護度	申請中・要支援2・要介護1・2・3・4・5				
ケアマネジャー	居宅介護支援事業所連絡先: 担当ケアマネジャー氏名:					

申し込み日 令和 年 月 日

申請者氏名 印 続柄

申請者住所

電話番号

上記以外の連絡先

携帯電話等

身 上 調 書

寿康園グループホーム

主な履歴	年	月	職 歴					
家族の状況 （近親者）	続柄	ご芳名	年令	住 所	職業	同居・別居		
						同居・別居		
						同居・別居		
						同居・別居		
						同居・別居		
						同居・別居		
身体状況	日常	移 動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		心の 状況	性 格		
	生活	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			対人関係	良・不安	
	動作	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			精神状態	良・不安	
		排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			問題行動	無・時々・有	
		着脱衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
		飲 酒	飲 む ・ 飲 ま ない			タバコ	吸わない・吸う	
		生活困難性及び不安がある。（理由）						
		身体	無・有（障害の部位） 状態					
	障害	各種手帳	無・有（手帳 種 級）					
趣味								
収入	動産、不動産からの収入(年額)		動 産	不 動 産	その他()			
			円	円	円			
	恩給、年金又はその他の収入(年額)		()恩給	()年金	その他()			
			円	円	円			
入居希望の理由	(できるだけ具体的にお願いします。)							

診 断 書

寿康園グループホーム

※グループホームへの入居にあたっては認知症の診断が必要になります

氏 名		生年月日	M・T・S	年	月	日	
住 所							
計測	体温	血圧	／	脈数 (／	分)	心音 純 ・ 不純
	蛋白 ()	糖 ()		拍 調律 (正 ・ 不整)		検尿 潜血 ()	

1. 現在の主な病気	病状・治療状況及び検査結果等		
①			
②			
③			
2. 自覚症状			
3. 最近5年間の入院			
4. 伝染性疾患の有無			
L U E S	有 ・ 無	有の場合の感染の恐れ	有 ・ 無
H B 抗 原	有 ・ 無	"	有 ・ 無
結 核	有 ・ 無	"	有 ・ 無
皮 膚 疾 患	有 ・ 無	"	有 ・ 無
その他 ()	有 ・ 無	"	有 ・ 無
5. 身体状況			
①運動麻痺	有 (右・左) ・ 無	⑤排 泄	自力可 ・ 便尿器使用 ・ オムツ使用
②言語障害	有 ・ 無	⑥食 事	自力可 ・ 半介助 ・ 全介助
③視力障害	有 ・ 無	⑦歩 行	自力可 ・ 杖使用 ・ 歩行器使用 ・ 車椅子使用
④聴力障害	有 ・ 無		

以上のとおり診断いたします。			
		令和	年
		月	日
住所	電話		
医師			