

グループホームありてい 入居申込書

(認知症対応型共同生活介護)

施設名

グループホーム ありてい

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

入居を希望するので、下記の通り申し込みます

受付日：令和 年 月 日 受付者：

入居希望者	ふりがな		性別	生年月日	年齢	
	氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日	歳	
	電話番号	— —	住所	〒 —		
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	かかりつけ医	医療機関名：		主治医：		
	診断名					
	ケアマネジャー	事業所名：		担当者名：		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援2 <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				
	生活保護	<input type="checkbox"/> 受給中 (区 担当者) <input type="checkbox"/> 受給していない				

入居申込者	住所	〒 —	電話番号	— —
	ふりがな 氏名		入居希望者との続柄	
連絡先	住所	〒 —	電話番号	— —
	ふりがな 氏名		入居希望者との続柄	

状況	歩行	自立	杖	歩行器	手引き	車いす自走	車いす介助	
	食事	自立	一部介助	全介助	【食事形態】	常食	一口大 きざみ とろみ	
	入浴	自立	一部介助	全介助	【衣類着脱】	自立	一部介助 全介助	
	排泄	自立	一部介助	全介助				
	認知症症状	徘徊	幻覚妄想	暴言暴力	大声	感情不安定	異食	盗食
	収集癖	多弁多動	脱衣行為	不潔行為	性的逸脱行動	自殺企図		
	物忘れ	帰宅願望	介護拒否	昼夜逆転	意思疎通困難	その他 ()		

※黒枠内はすべてご記入ください

※申込者以外の方へのご連絡を希望される方は、連絡先欄もご記入ください。

<p style="text-align: center;">グループホームありてい 入居申込先</p> <p style="text-align: center;">〒252-0331 相模原市南区大野台7-29-4</p> <p style="text-align: center;">電話番号：042-707-8578 FAX番号：042-707-8579</p> <p style="text-align: center;">MAIL: gharitei@eiki-aritei.co.jp</p>
--