

グループホーム 鹿野苑 入居申込書

令和 年 月 日

【申込者】

氏名	入居者との続柄		
住所	〒		
連絡先	TEL	携帯	
	FAX	勤務先TEL	

【入居者】

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	M T S	年 月 日 (歳)
住所	〒		自宅TEL	
既往歴		主治医	受診状況	服薬
				有 ・ 無
要介護状態区分/保険番号		居宅介護支援事業所		担当介護支援専門員
番号:				
要支援 2				
要介護 1 2 3 4 5				
有効期限:平成 年 月 日				
日常生活状況				特記事項・留意事項
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子)			
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (義歯 (上 ・ 下) ・ 箸 ・ フスプーン ・ フォーク)			
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (ポータブル ・ 尿器 ・ リハビリパンツ ・ 尿取り ・ おむつ)			
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (清拭のみ ・ 未実施 ・ 介助浴 ・ 機械浴)			
着換え	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助			
麻痺	有 ・ 無	左 (・ 上肢 ・ 下肢) 右 (・ 上肢 ・ 下肢)		
視力	正常 ・ 見えにくい ・ 全盲			
聴力	正常 ・ 聞こえにくい (・ 右 ・ 左) ・ 難聴			
言語	正常 ・ 少し障害あり ・ 発語困難			
認知症	(症状 ・ 行動)			
入所・入院中の施設	(施設・病院名) : (担当者名) : TEL			
生活保護の受給	無 ・ 有 () 福祉事務所 担当者名 ()			
サービス開始にあたってのご要望等:				

お問い合わせ先
株式会社 シモンズ
介護サービスセンター水引 グループホーム鹿野苑
TEL 0996-31-2882
FAX 0996-31-2885

受付日	受付者	面接日	結果