

## グループホーム アスカみずきⅠ・Ⅱ 入居申込書

社会福祉法人 みずき会  
ホーム長 殿

申込日 年 月 日  
受付者 \_\_\_\_\_

利用者	氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日			年齢	歳	
	住所	〒 -					
	電話番号						
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 有料・特養・老健等の施設 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 病院・施設などの名称 ( )					
申請者	氏名				続柄		
	住所	〒 -					
	電話番号			携帯電話			
申請理由							
介護保険	要介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5					
	認定有効期間	平成 年 月 日～平成 年 月 日			認定日	平成 年 月 日	
	被保険者番号				保険者		
在宅でのサービス	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 ( )						
身体状況	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )					
	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )					
	身体障害者手帳	無・有		種	級	障害名	
医療状況	医療機関名				主治医		
	既往歴	-----			服薬状況		
	現病歴						
認知症状	認知症の診断名	<input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> アルツハイマー <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	具体的な症状						
備考							