

カナリヤグループホーム下之郷 入居申込書

令和 年 月 日

申込者（記入者）		入居者との関係	
ご住所	〒	電話番号	
(フリガナ) ご本人氏名	男・女 歳	生 年 月 日	(明治・大正・昭和) 年 月 日生
ご住所	〒	電話番号	

主治医	(医療機関名)	(医師名)
介護保険番号	(被保険者番号)	
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 認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	
担当ケアマネジャー	(氏名)	(事業所名)

介護サービスの利用状況	1 一人暮らし 2 夫婦のみ(配偶者の年齢 歳) 3 他に同居者がいる()	
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護/訪問リハビリテーション (週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス)/通所リハビリテーション(デイケア) (週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(ショートステイ)/療養介護(最近3カ月の利用日数合計 日) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 入院中の病院名() 入院となった理由()	
日常生活状況(該当するものに○をして下さい)		特記事項および留意事項
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 ・ 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 ・ 尿取りパット ・ オムツ)	

<主たる介護者>

(フリガナ) 氏名	性別 男・女	本人との関係 生年月日	明・大・昭・平 年 月 日
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している(住所:)		
意見(介護をしているうえで困っていることなど)			

<申込者連絡先>

(氏名)	(住所)	(電話)
------	------	------

施設記入欄	受付番号	
	受付日	令和 年 月 日
	受付者職氏名	