19-D004-001

施設記入	受付日	令和　　年　　月　　日
	受付番号	
	受付	

グループホームヴィラ鳳凰　入居申込書

申込者

フリガナ 名　前		続柄	
住　　所	〒 電話番号　　（　　）		

入居希望者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏　名		男・女	明・大・昭　　年　　月　　日（　　）歳	
	自宅住所	〒			
	保険者番号		被保険者番号		
	要介護度	１　・　２　・　３　・　４　・　５			
	認定有効期間	令和　　年　　月　　日　から　　令和　　年　　月　　日　まで			
	医療保険	１　国保　　２　社保　３　後期高齢者 ４　その他（　　）	生活保護適用	有　・　無	
	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱａ・Ⅱｂ・Ⅲａ・Ⅲｂ・Ⅳ・Ｍ			
	障害高齢者の日常生活自立度	Ｊ１・Ｊ２・Ａ１・Ａ２・Ｂ１・Ｂ２・Ｃ１・Ｃ２			
	障害者手帳	有　・　無	（等級）　　級　　種 （障害の種類）		
	年金受給	有　・　無	□国民　□共済　□厚生　□その他（　　） （月額　　円程度）		
現在の住所	自宅等	住　所			
		居宅介護支援事業所名	電話番号		
		ケアマネジャー氏名			
	介護保険施設・一般病院等	施設・病院等の名称	（介護・医療）		
		入所・入院期間	年　月　～　年　月		
居住状況		□同居世帯　□昼間独居　□独居　□高齢者世帯			

家族状況	氏　名	続柄	同居別居	別居の場合	
				住所	電話番号

次のとおり、入居を申し込みします。

入居を希望する理由	
歩行	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□その他（　　）
排泄	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□その他（　　） 〈おむつ使用〉　・なし　・夜のみ　・常に使用
食事	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□その他（　　） 〈主食〉　□普通　□軟飯　□お粥　□ペースト　□流動食 〈副食〉　□普通　□一口大　□刻み食　□ペースト
入浴	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　□その他（　　） 〈入浴形態〉　□一般浴（個浴）　□器械浴（　リフト浴　・　臥床浴　）
認知症症状	□日付が分からない　□ウロウロする　□家族の顔が分からない　□幻覚・錯覚がある □動作が遅くなる　□筋肉がこわばる　□同じ動作を繰り返す　□泣いたり怒ったりする □覚えていない物忘れがある （　　）
医療の状況	現在治療中の病名・お薬 認知症（□脳血管性　□アルツハイマー型　□レビー小体　□前頭側頭型） （　　）
	現在行っている医療処置 □経管栄養　□インスリン注射　□人工肛門処置 □床ずれ　□バルーンカテーテル　□在宅酸素療法 □その他 （　　）
	診察医療機関
	特記事項

■注意事項：要介護認定の見直しや他施設入所等の状況の変化があった場合は、すぐに施設にお知らせください。