

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)入居申込書

申込者氏名 _____ 続柄()
住 所 〒 _____

三幸の園
かわしまの園
かわしまの里

電 話 TEL _____ FAX _____

の認知症対応型共同生活介護を利用したいので、次の通り申し込みます。

利用者	被保険者番号							
	認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	認定結果	要介護 1・2・3・4・5				
	フリガナ氏名			生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)			
	住所	〒 _____ TEL _____						
身体 の 状 況	機能障害の有無	無・有	()					
	既往歴の有無	無・有	()					
	使用薬の有無	無・有	()					
	アレルギーの有無	無・有	()					
	その他	()						
認知症の 状 況	診断名(種類)		診断した病院					
	具体的な症状(いつ頃からの発症かなど)							
現在の サー ビス 利 用 状 況								
家族の 状 況	氏 名	続柄	年齢	住所		連絡先(TEL)		備考

* 介護保険証の写しを添付してください。また、認知症診断書の写しがあれば、添付して下さい。

施設側記入欄

受付	面接日	面接連絡先	結果	結果通知	備考
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 契約 <input type="checkbox"/> 待機 <input type="checkbox"/> 辞退	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申込者 <input type="checkbox"/> その他	