

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

グループホーム千寿庵 入居申込書

○ 申込者（手続きに来られた方：今後の連絡先とさせていただきます）

フリガナ氏名			続柄	
	④			
住所	〒 -			
連絡先	自宅電話番号	()	-	
	携帯電話番号	-	-	

○ 入居希望者（本人）の情報

フリガナ氏名			性別	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日 (歳)			
住所	〒 -			
連絡先	自宅電話番号	()	-	
要介護度	要支援2、要介護 1・2・3・4・5			
有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで			
日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
認知症自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
居宅介護支援事業所	事業所名：	連絡先 () -		
	担当介護支援専門員名：			
かかりつけ医療機関	医療機関名：	連絡先 () -		
	担当医名：			
現病及び既往歴	現病・既往歴			
現在の生活状況	自宅 (一人暮らし・家族等と同居)			
	施設入所中	施設名：	年 月 から	
	入院中	病院名：	年 月 から	
利用している介護サービス等	訪問介護	事業所名：	頻度：	()
	デイサービス	事業所名：	頻度：	()
	ショートステイ	事業所名：	頻度：	()
	その他	()		
入居を希望する理由	※生活上の困り事、心配事など			