

入居申込書

受付日： 令和 年 月 日

フリガナ			性別	生年月日 大正 年 月 日 昭和 生まれ
ご利用者氏名(本人)			男 女	
住所	(〒 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
電話番号			現在の生活場所	1・在宅(上記住所と同じ) 2・入院、入所、その他 (入院・入所先名)
要介護状態区分	要介護 1・2・3・4・5		介護保険被保険者番号	
認知症の有無	有 ・ 無	認知症の診断を受けた医療機関名		
身体状況・日常動作状況				
視力	普通 ・ 弱視 ・ 全盲		排泄	自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴			おむつ・リハビリパンツ等使用
言葉	普通 ・ 少し不自由 ・ 不自由		食事	自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助
歩行	独歩 ・ 介助歩行 ・ 歩行器使用		入浴	自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助
	車椅子使用(自操可 ・ 全介助)		着脱衣	自分で可 ・ 一部介助 ・ 全介助
認知症の周辺症状	徘徊 ・ 収集癖 ・ 被害妄想 ・ 短期記憶障害 ・ その他()			

※ ご家族氏名欄には、今後連絡等の中心となられる方をご記入下さい(キーパーソン)

フリガナ			続柄	生年月日 大正 年 月 日 昭和 生まれ
ご家族様代表名				
ご家族の住所	(〒 -) 都 道 市 区 府 県 町 村			
電話番号			携帯電話	

※お困りの事等があればお書きください

備考

(送付先) 〒123-0862 東京都足立区血沼2-16-3

グループホーム 花のさと

電話番号 03-3898-3345 FAX 03-3898-3360