

平成 年 月 日

認知症対応型共同生活介護(グループホーム)入居申込書

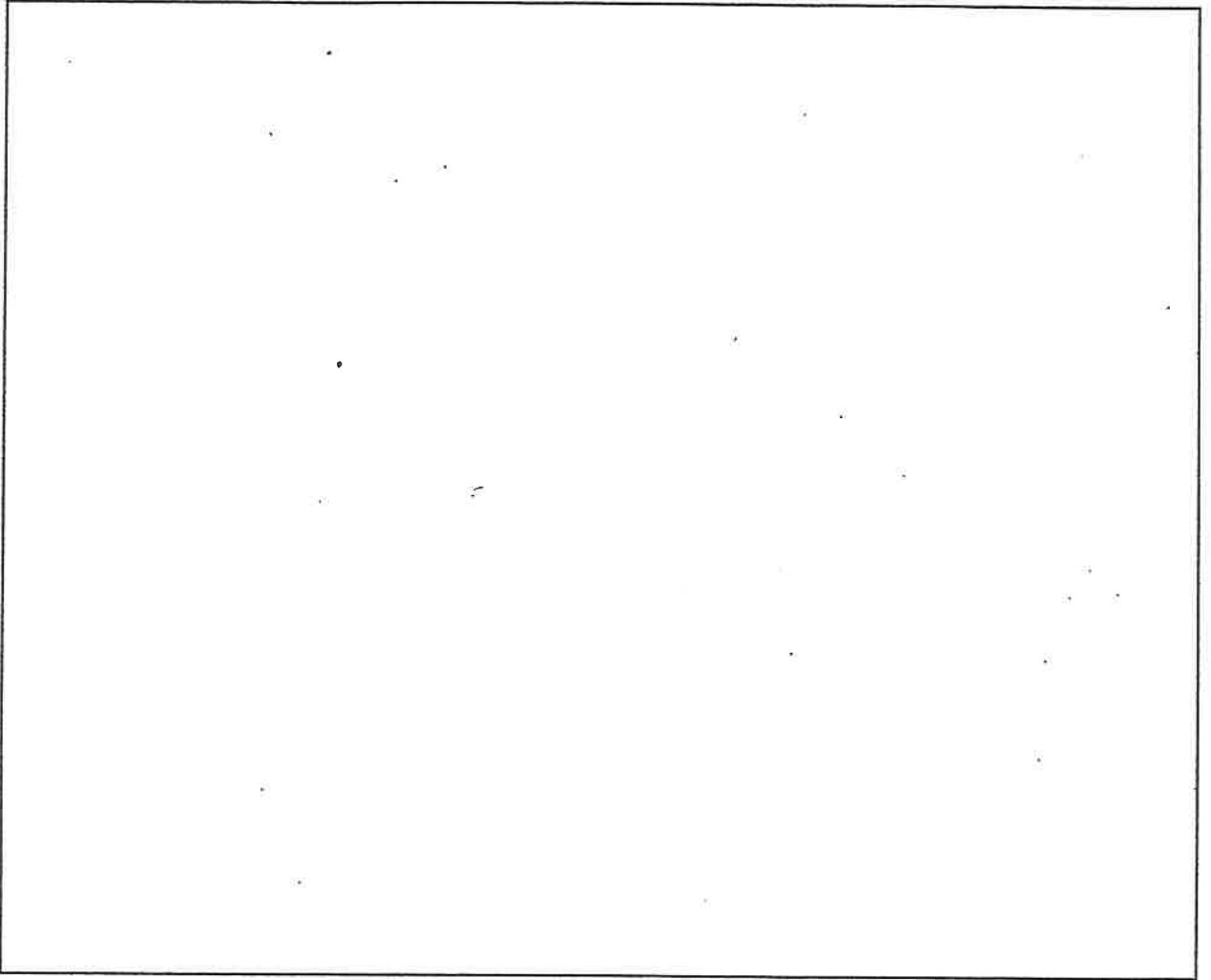
申込者氏名 _____ 続柄() _____
 住 所 〒 _____
 電 話 _____
 FAX _____
 携帯電話 _____

高齢者グループホーム「横浜はつらつ」の認知症対応型共同生活介護を利用したいので、次のとおり申し込みます。

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	要支援2 * 要介護 1・2・3・4・5
	フリガナ氏名								男 女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 才)
	住所	Tel _____ fax _____									
身体 の 状況	機能障害の有無	無・有 ()									
	既往症の有無	無・有 ()									
	使用薬の有無	無・有 ()									
	アレルギーの有無	無・有 ()									
	その他	()									
痴呆の 状況	診断名										
	具体的な症状										
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(単身・同居等)	
備考											

【自宅周辺地図】

* ご自宅付近で、目印になる建物等をご記入ください。



【メモ】