

## グループホーム新規申込書

申込日 令和 年 月 日

|   |                                       |                    |        |
|---|---------------------------------------|--------------------|--------|
| 相談者   | 住 所                                   | 〒<br>TEL ( ) -     |        |
|   | フリガナ                                  |                    | 本人との続柄 |
|   | 氏 名                                   |                    |        |
| 申込方法  | 1、電話 2、来所 3、その他 ( )                   |                    |        |
| 相談経路  | 1、本人 2、家族 3、ケアマネージャー 4、民生委員 5、その他 ( ) |                    |        |
| 入居希望者   | 住 所                                   | 〒<br>TEL ( ) -     |        |
|   | フリガナ                                  |                    | 性 別    |
|   | 氏 名                                   |                    | 男 • 女  |
|   | 生年月日                                  | 明治 • 大正 • 昭和 年 月 日 | ( 歳)   |
| 1、現在の生活形態を教えてください。  |                                       |                    |        |
| <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> 老健施設<br><input type="checkbox"/> 病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )   |                                       |                    |        |
| 2、要介護申請はお済みですか？   |                                       |                    |        |
| <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方は、3 にお進みください。<br><input type="checkbox"/> いいえ 「いいえ」の方は、5 にお進みください。  |                                       |                    |        |
| 3、ご本人の要介護度区分はどれですか？   |                                       |                    |        |
| <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5   |                                       |                    |        |
| 4、かかりつけの居宅介護支援事業者名と、担当者名の記入をお願いします。   |                                       |                    |        |
| 居宅介護支援事業者名 :  |                                       | 担当者名 :             |        |
| 5、要介護申請を希望されますか？  |                                       |                    |        |
| <input type="checkbox"/> はい 「はい」の方は、6 へお進みください。<br><input type="checkbox"/> いいえ   |                                       |                    |        |
| 6、申請を希望する居宅介護支援事業者はありますか？   |                                       |                    |        |
| <input type="checkbox"/> 当法人の居宅介護支援事業者を希望する。<br><input type="checkbox"/> その他の居宅介護支援事業者を希望する。  |                                       |                    |        |
| 7、その他   |                                       |                    |        |
| <input type="checkbox"/> 他施設への申込状況 ( ケ所)<br><input type="checkbox"/> 質問・相談などがあるので連絡がほしい。<br><input type="checkbox"/> パンフレットを送付してほしい。<br><input type="checkbox"/> 施設の見学を希望する。<br><input type="checkbox"/> 急ぎで入居したい。<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ )<br>( _____ ) |                                       |                    |        |