

オハナ グループホーム入居申請書

申込日 年 月 日

入居希望者	ふりがな						性 別	男 女	生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)
	氏 名	(印)								
	住 所	〒 -								(TEL)
被保険者番号							要支援 要介護度			
認定の有効期限										
事業所名 (ケアマネ)							氏 名			

申 込 者	ふりがな				入居希望者 との続柄
	氏 名	(印)			
	住 所	〒 -			(TEL)

入居希望理由 ※該当するもの すべてにチェック を入れてください	<input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護するものが遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護するものが「高齢」「障害」「病気」などによる介護困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものが身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）を求められているため <input type="checkbox"/> その他				
	認知症による 行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <hr/> <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不隠行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ()			
身体状況	歩行状態	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	
	着 替 え	<input type="checkbox"/> 自 立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 ()	

説明者 _____ 施設見学 料金説明 他施設にて待機可能か
 現在状況確認 ()