

入居申込用紙

申込日 平成 年 月 日

入居希望施設	グループホーム楓	グループホーム椿	どちらでも
--------	----------	----------	-------

氏名		生年月日	年 月 日 歳
住所	〒		
TEL	() - -	要介護度	
認知度	正 I IIa IIb IIIa IIIb IV M	身体ランク	J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	被保険者番号	

現病名

病名	1	病歴	
	2		
	3		
感染症	無 有 ()		
アレルギー	無 有 ()		
内服薬	無 有 ()		

医療状況

かかりつけ医		科	通院回数	/ ヶ月 程度
かかりつけ医		科	通院回数	/ ヶ月 程度

認知症による問題行動

ADL状況

移動	自立	一部介助	全介助	補助具	車椅子	歩行器	杖
起座	自立	一部介助	全介助	起立	自立	一部介助	全介助
排泄	自立	一部介助	全介助	オムツ	オムツ	リハパン	パット
尿意	有	無		便意	有	無	
入浴	自立	一部介助	全介助	更衣	自立	一部介助	全介助
食事	自立	一部介助	全介助	嚥下	良好	不良	
視力	普通	弱視	全盲	言語	普通	少し不自由	不自由
聴力	普通	やや難聴	難聴	会話	普通	不成立	
麻痺	無	有	→	麻痺の部位			

入居申込用紙

緊急連絡先1（主介護者）

氏名		生年月日	年	月	日	歳
住所	〒					
TEL	() - -	携帯電話				

緊急連絡先2（主介護者とは別の方）

氏名		生年月日	年	月	日	歳
住所	〒					
TEL	() - -	携帯電話				

家族構成

家族図	氏名	TEL

担当居宅介護支援事業所

事業所名		担当者	
TEL		FAX	

備考欄(入居にあたり考慮してほしい事などありましたらご記入ください。)

お問い合わせ（※申込用紙は必要事項をご記入の上、郵送、FAX等にてお送りください。）

株式会社アライブ

〒509-7123 恵那市三郷町野井亀ヶ沢1736-244

TEL 0573-28-2225 / FAX 0573-28-2226 WEB SITE <https://www.alive-gh.com/>