

グループホーム パサーダ 入居申込書

受付番号

申し込み日 年 月 日

◎本人の状況

ふりがな			性別	生年月日	大正・昭和 年 月 日生(歳)			
氏名			<input type="checkbox"/> 男	住所	〒			
			<input type="checkbox"/> 女		電話	() -		
保険者	大垣市		被保険者番号					
介護度	要支援 2		負担割合	介護認定の有効期間				
	要介護 1・2・3・4・5			R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
自立度	障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)				主治医意見書 記入日 年 月 日			
	認知症高齢者日常生活自立度				医療機関名 医師名			
病歴	病名		発症		病名		発症	
			年 月頃				年 月頃	
			年 月頃				年 月頃	
			年 月頃				年 月頃	
主治医	医療機関名							
	担当医				TEL () -			
ADL	歩行: 独歩		手引き		杖		シルバーカー	
	食事: 自立		一部介助		全介助		形態()	
	入浴: 自立		見守り		一部介助		全介助	
	排泄: 自立		見守り		一部介助		全介助	
	認知症:		幻視・幻聴		妄想		昼夜逆転	
		介護への抵抗		不潔行為		異食行動		
医療の状況	経管栄養		在宅酸素		褥瘡(床ずれ)		人工肛門	
	インシュリン注射 (<input type="checkbox"/> 朝 時 <input type="checkbox"/> 昼 時 <input type="checkbox"/> 夜 時)						バルーンカテーテル	
その他								

◎ケアマネージャー

事業所名		TEL	
介護支援専門員名		FAX	

◎申込者(連絡先)

氏名			続柄	
住所	〒			
電話	【自宅】		【携帯】	

社会福祉法人 北農 グループホーム パサーダ

〒503-0019 岐阜県大垣市北方町2丁目70番1

(TEL)0584-78-2101 (FAX)0584-78-2103

担当 長澤