

# 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				
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	歩行器	車椅子
	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	暴言	暴行	徘徊
		介護への抵抗		不潔行為	異食行動	帰宅願望	物忘れ程度	
医療の状況	経管栄養		在宅酸素	褥瘡(床ずれ)	人工肛門	バルーンカテーテル		
	インシュリン注射 ( <input type="checkbox"/> 朝 時 <input type="checkbox"/> 昼 時 <input type="checkbox"/> 夜 時 )							
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