

入所・入居 申込書

申込年月日 令和 年 月 日

ご希望施設	ショートステイふじの里 ・ グループホームふじの里 グループホームこふじ ・ グループホームいちふじ グループリビング絆 ・ グループリビング絆の郷【1号館 ・ 2号館 ・ 3号館】 居宅介護支援事業所の申込 する ・ しない									
ふりがな										
入居希望者氏名				男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳				
現住所						電話番号	—			
ふりがな										
身元引受者氏名					印	本人との続柄				
住所						電話番号				
介護認定証	介護度		認定期間	平成・令和 年 月 日～平成・令和 年 月 日						
通院病院	病院名：			受診科名：			担当医：			
	病院名：			受診科名：			担当医：			
生活状況	1. 一人暮らし 2. 同居世帯 3. 高齢者夫婦 4. その他									
現在ご利用の居宅支援事業所・病院・施設の名前及び電話番号						電話番号				
身体障がい者手帳の有無		無 ・ 有 (種 級)		福祉用具使用の有無		有 ・ 無				
申込者の身体状況及び認知症状について		身体状況	歩行	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助						
			食事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助						
				常食 ・ おかゆ ・ きざみ食						
			排泄	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助						
			おむつ ・ リハビリパンツ							
			入浴	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助						
		着脱	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助							
		夜間睡眠	1. ほぼ毎日良眠 2. 週2～3日不眠あり 3. ほぼ毎日不眠							
		認知症状	具体的な行動等について記入して下さい。 (例：徘徊・失禁・暴力・異食・物忘れ等)							
身元引受者以外のご家族の連絡先	名前					続柄				
	住所					電話番号				

令和 年 月 日
介護支援センター ふじの里(No.)