**入所申込書**

**グループホームさくら荘**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　込　日 | 令和　　　年　　　月　　　日 | | | | 受付印 |
| 申込者氏名 | ㊞  (利用者との続柄) | | | |
| 申込者住所 | 電話（　　　　　）　　－ | | | |
| 利用者氏名 |  | 性別 | 男　女 | 生年月日 | 明治・大正・昭和  　　年　　月　　日 |
| 利用者住所 | 電話（　　　　　）　　－ | | | | |

【本人の状況】

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| １．現　　況 | □自宅で一人暮らし　　　　　　　□自宅で家族と暮らしている  □特養など病院、施設に入っている  　　・病院または施設名：  　　・入院または施設入所期間：　令和　　年　　月　　日から入院(入所) | | | | | | |
| ２．入所を希望  する理由 | □介護する家族がいない　　　　　□家族はいるが介護が困難  □介護者が高齢・病気・就労　　□その他(理由　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | |
| ３．入所希望時期 | □今すぐ入所したい　　　□令和　　年　　月頃までに入所したい | | | | | | |
| ４．医療状況 | □経管栄養　　　□在宅酸素　　　□インシュリン　　□その他  □治療または服薬中　□特に治療または服薬はしていない | | | | | | |
| ５．障害状況 | □障害名　　　　　　　　　　　　□身体障害者手帳 | | | | | | |
| 現在の住所 | 自宅・病院・施設（　　　　　　　）・その他（　　　　　　　） | | | | | | |
| 要介護度 | 要支援２　　要介護1　　要介護２　　要介護３　　要介護４　　要介護５ | | | | | | |
| 介護保険証の  被保険者番号 |  | | 介護認定の有効期間 | | 年　　月　　日から  　　　年　　月　　日 | | |
| 減額認定証 | 有　・　無 | 住民税非課税確認症 | | 有　・　無 | | 介護扶助証 | 有　・　無 |
| 医療保険証の  種　類 | 健康保険・国民保険・共済（　　　　　）・船員保険・その他（　　　　　） | | | | | | |

【家庭の状況】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | 続　柄 | 住　　所 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**健康診断書**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 住　　所 | |  | | | |
| 氏　　名 | |  | | 男・女 | Ｍ・Ｔ・Ｓ　　年　　月　　日生 |
| 現　　症　　状 | 傷　病　名  症状の概要 | |  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
|  | | |
| 伝染病疾患 | 法定伝染病、結核の有無(既往も含む) | |  | | |
|  | | |
| その他の伝染性疾患の  有無(既往も含む)  MRSA感染、疥癬等 | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 精神の状況 | | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 身体の状況 | | |  | | |
|  | | |
|  | | |
| 上記のとおり診断します。  令和　　年　　月　　日  住　　　所  医療機関名  医　　　師 | | | | | |

**【備考】この診断書はグループホームさくら荘入所のために使用するものです。**