

# 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	<input type="checkbox"/> (利用者との続柄) <span style="float: right;">㊞</span>				
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	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 介護する家族がない <input type="checkbox"/> 家族はいるが介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・病気・就労 <input type="checkbox"/> その他(理由      )				
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和      年      月頃までに入所したい				
4. 医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 治療または服薬中 <input type="checkbox"/> 特に治療または服薬はしていない				
5. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名 <input type="checkbox"/> 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			
<p>上記のとおり診断します。</p> <p style="text-align: center;">令和 年 月 日</p> <p style="text-align: right; margin-right: 100px;">住 所 医療機関名 医 師</p>			

**【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。**