

# 申込書

グループホームかないわ

小規模多機能居宅介護かないわ

医療法人社団 博友会

グループホーム・小規模多機能居宅介護かないわ管理者殿

介護保険法令に基づき、要介護認定を受けましたので「グループホームかないわ」「小規模多機能居宅介護かないわ」を次のとおり申し込みます。

## 【申込者】

(フリガナ)		男 ・ 女	申し込み日	令和 年 月 日
利用者氏名			明治 大 昭和 治 正 和	年 月 日
現住所	〒 一 金沢市		自宅電話	
連絡先氏名	フリガナ	(続柄)	連絡先	TEL
			携帯電話	
	〒			
【希望理由】	介護上困っていることなどお書き下さい。			
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている <input type="checkbox"/> 入院中 病院名( ) 入院日( 年 月 日 ) <input type="checkbox"/> 施設入所 施設名( ) 入所日( 年 月 日 )			

※わかる範囲でご記入下さい

担当ケアマネジャー	事業所名	氏名
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5	
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
障害自立度	<input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
認知症自立度	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
現在の病気		
身体状況	食事種類	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻み
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器(老人車) <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
〈同意及び説明確認〉		
申し込み希望者、介護者を円滑に支援する為に、県、市町村、ケアマネジャーなどに、この申し込み内容を情報提供することに同意します。		
令和 年 月 日 申込者または申し込み代理人 氏名 印		