

認知症対応型共同生活介護(グループホーム) りんどう

入 所 申 込 書

申込日 平成 年 月 日

利 用 者	氏名	フリガナ -----	男 女	明治 大正 昭和 年 月 日 生 歳	介 護 度	
	住所	〒 岐阜県安八郡				TEL () -
申 請 者	氏名	(印)		利用者との続柄		
	住所			T	自宅 () -	E
連 絡 先	氏名			利用者との続柄		
	住所			T	自宅 () -	E
ケアマネージャー	事業所名			氏 名		
生活状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 () <input type="checkbox"/> 高齢者二人暮らし ()					
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
現在の居住状況	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 (主介護者 :)					
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院 () 年 月 日 から入院					
	<input type="checkbox"/> 施設入所 () 年 月 日 から入所					
認知症状	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 感情の不安定 <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体状況	<input type="checkbox"/> 概ね健康 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻) <input type="checkbox"/> 脳梗塞後遺症 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 聴力障害 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> 老人性うつ <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 腫瘍 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()					
特記事項	希望の入所時期 : <input type="checkbox"/> 早急に <input type="checkbox"/> 一年後 <input type="checkbox"/> 数年後 <input type="checkbox"/> 将来に備えて 入所希望の理由					

記入内容につきましては、社会福祉法人善心会「個人情報に関する基本方針」に基づき管理致します。
 申込内容等に変更があった場合、或いは申込取消の場合はご連絡頂けますようお願い致します。

〒503-2306 安八郡神戸町北一色 555 番地の 1

社会福祉法人 善心会 グループホーム りんどう

TEL : 0584-27-1130

FAX : 0584-27-1131