グループホーム入所申込書

				申	込E	日 令和	F	月	日	
ふりがな 氏 名				生年月日		明・大・昭	年	月	日	
現住所						電話番号				
保険者				被保険番号	큵					
要介護度	要习	支援2 ・	Line Line							
要介護認定期間	養認定期間 ○ 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
 【本人の状況】										
1. 現況		□特養な <u>利用し</u> ◇施部 ◇所在	でいる方は 対名又は病院 E地		る <u>さい</u>				る	
2. 入所を希望す	□介護する家族がいない □介護者が高齢、病気、就労 □家族はいるが、介護が困難									
3. 入所希望時期		□今すぐ入所したい □令和 年 月頃までには入所したい								
4. 医療状況 □経管栄養 □胃ろう □在 ◇介護保険に関する病名 ◇病院名					素	□インシュリン◇主治医	 /注射	 □その(他	
5. 障害状況	□障害名 □身体障害者手帳									
6. 申込み状況	□当該施設のみ申込み □他の施設も申し込んでいる、又は申し込む予定 申し込んでいる方は記入してください 1.									
【申込者連絡先】										
ふりがな 氏 名			印	印 生年月日		明・大・昭	年	月	日	
住 所	電話番号									
同居の有無		□同居している □別居している								
家族からの意見										
受付				·ネージャー 者 名						
印			電話番号							

認知症高齢者グループホーム利用に係る意見書

令和 年 月 日

病院名

医師名

印

対象者氏名						性別	男・	女
生年月日	明治・大コ	三・昭和	年	月	日	年齢		歳
住 所	島根県隠崎	島根県隠岐郡隠岐の島町						
主傷病名								
身体の状況		院治療(院治療(院不要)
認知症の有無	有 (1 無	. 軽度	2. 中度		3. 重度	4.	最重度)	
感染症の有無	有 (無)
食事制限の有無	有 (無)
入浴の可否	可 (否)
移送の可否	可 (否)
意見・特記事項								

氏 名			男・女	明・大・昭	3 左	F 月		日生
住 所								
診 断 名				発 病				
既 往 歴								
91 11 /11								
現症及び								
処方内容								
精神状態								
(認知症などに								
よる問題行動)								
< 検査結果 >	検査日	(月/日)						
検尿(/	蛋白 蛋白		ビリノーゲン		血圧	()
血液一般(/) WB0	RBC	Hb	Ht	Pl	ts		
生化学(/)					~		
T. P	Alb	AST		ALT BUN		GTP		
ALP	T. cho					Cr Cl		
FBS	HbAlc	Na	OV7 +	K / MDC			tila /	/)
	応(/)HBS:							/)
心電図(/))	胸部レントゲン	/ (/)	(CO)	也(CT、	起百次	寺)	
		A	A					
上記のとおり診	診断致します。			令和	年	月	日	
		所	在 地					
		医	療機関					
		診) 断科名					
		厅	師氏名				印	
		内	训人名				⊢lı	

(備考) この診断書は、当施設へ入所利用するための判定資料にさせていただきますので、 誠に恐縮ですが、出来るだけ詳細に記載の程よろしくお願い致します。