

令和 年 月 日

グル - プホ - ムりんどう

利 用 申 込 書

グル - プホ - ムりんどう 管理者 様

申込者 住所
ふりがな
氏名 印 続柄()
TEL - -

下記の通り、グル - プホ - ムりんどうを利用したいので申し込みます。

利 用 者	住所 - -			
	ふりがな 氏名 印 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日生(歳)		
利用申込理由				
利用希望者の現況	病院名() その他 家庭 通院中 入院中 デイサ - ビス・訪問入浴・訪問介護 (主治医) 配食・訪問看護・ショートステイ() (居宅介護支援事業所名) 現在及び過去の病気の有無()			
利用者の状況	歩行	・一人で歩ける	・杖歩行・伝い歩き ・歩行器	・歩行できない
	排泄	ひとりでトイレ(簡易便器)で出来る	・介助があればトイレ(簡易便器)で出来る ・尿とりパットを使用している ・リハビリパンツを使用 ・夜はオムツをしている	・常時オムツをしている
	食事	・はしを使用している ・スプーン等を使用している	・スプーン等を使用し一部介助すれば食事出来る	・食べさせてなければ自分で出来ない
	着脱衣	・自分で着脱ができる	・手を貸せば着脱出来る	・すべて介助しなければ自分で出来ない
	入浴	・自分で入浴が出来、洗える	・手を貸せば出来る	・自分で出来ないのですべて介助しなければならない
	認知症	軽 度 ・物忘れ ・時間、場所がわからない ・意味のないような物を常に大切にする	中 度 ・おもらし(失禁) ・お金の管理が必要 ・食べられないものを食べてしまう	高 度 ・夜になると騒ぐ ・むやみに歩き回る ・被害妄想を抱く ・者をこわす ・暴力をふるう
該当するものすべてを で囲んで下さい。				

要介護度		要介護度 要支援 2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
介護保険 被保険者証番号		(有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日)			
老人医療保険被保険者証					
家族の状況	家族氏名	続柄	同・別居	住所・連絡先等	
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
			同・別		
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
緊急時連絡先	氏名	続柄	住所		
	電話番号	(自宅) () (携帯) ()	-	(勤務先) ()	-
	氏名	続柄	住所		
	電話番号	(自宅) () (携帯) ()	-	(勤務先) ()	-
身元引受人	氏名	印 続柄	電話番号 () -		
	住所				
通院方法	家族が行う		施設にお願いする		