

啓和会グループホーム入居相談申込書 全GH施設版

＜申込者／記入者＞

申込日： 令和 ____年__月__日

ふりがな			
氏名	対象者との続柄：		
住所	〒		
電話・FAX・携帯	(電話)	(携帯)	
	(FAX)		
連絡先	自宅・携帯・その他(名称： _____ 電話： _____)		
どちらで当ホームをお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> インターネット <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 包括支援センター <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		

＜対象者＞

ふりがな		性別	生年月日
氏名		男・女	明・大・昭 ____年__月__日
住所	〒 _____ 電話： _____		
現在入所 または入院中の施設	(名称) _____ 電話： _____ 担当ソーシャルワーカー _____		
介護申請	<input type="checkbox"/> 申請済み(要介護__) <input type="checkbox"/> 申請中(令和 ____年__月__日) <input type="checkbox"/> 申請していない		
居宅支援事務所	(名称) _____ 電話： _____ 担当ケアマネージャー _____		
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	病院名： _____	主治医名： _____
	<input type="checkbox"/> 治療中	通院(月__回)	主疾患： _____
		往診(月__回)	障害手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種類： ____/ __級)
介護保険負担割合	(____ 割)	医療保険負担割合	(____ 割)
生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (_____)福祉事務所 担当CW (_____)		

＜ADL状況＞

※状態について○をおつけ下さい。視力聴力は状態の記入をお願いします。

会話	良/あいまい/不良	視力/聴力
移動	自立/見守り/一部介助/全介助	杖・歩行器・車イス(必要に○)
食事	自立/見守り/一部介助/全介助	常食/おかゆ/きざみ/ミキサー
排泄	自立/見守り/一部介助/全介助	トイレ/Pトイレ/おむつ/リハビリパンツ
身の回りのこと	見守りで可能 / 誘導・準備があれば可能 / 一部のみ可能 / ごく限られたことのみ可能	
特記事項		

お申込後、入居審査がございます。お申し込みは各ホームの担当者までお願い致します。
 ファックス、メール、郵送などで申し込みのグループホーム「いずれか一つ」にご連絡下さい。

※	申込先にチェックをお願いします	担当者	住所	電話	FAX
<input type="checkbox"/>	グループホーム 啓和	網中	川崎区渡田2-7-13	044-355-4711	044-355-4711
<input type="checkbox"/>	グループホーム 渡田	内田	川崎区渡田2-7-1	044-355-4712	044-355-4712
<input type="checkbox"/>	グループホーム 京町	村田	川崎区京町3-32-1	044-201-6621	044-201-6622
<input type="checkbox"/>	グループホーム 小田	齋藤	川崎区小田4-11-9	044-201-7461	044-201-7462
<input type="checkbox"/>	グループホーム 東小田	龍宮	川崎区小田5-19-14	044-355-3122	044-355-3132
<input type="checkbox"/>	グループホーム 四谷上町	田口	川崎区四谷上町8-7	044-277-2221	044-277-2231
<input type="checkbox"/>	グループホーム 小倉	赤田	幸区小倉3-9-20	044-589-8878	044-589-8762