

認知症高齢者共同生活介護事業所

グループホームさんりく 利用受付票

1. 受付職員記入欄

		施設長	副施設長	課長	管理者	担当
受付日時	年 月 日 曜日					
受付場所	<input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> 来所 <input type="checkbox"/> その他					

2. 申込者記入欄

ふりがな		性別	生年月日	年齢				
対象者氏名	様	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日	歳				
対象者住所	〒 - *		電話:					
			電話:					
保険者		被保険者番号						
要介護認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日							
認知症老人日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・V 該当なし (主治医意見書による)		要介護度	1・2・3・4・5				
ふりがな		対象者との関係	電話:					
相談者氏名	様		電話:					
相談者住所	〒 - *							
ふりがな		対象者との関係	電話:					
主な介護者氏名	様		電話:					
主な介護者住所	〒 - *							
利用を希望する おもな理由	<input type="checkbox"/> 介護者が不在のため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情によるため <input type="checkbox"/> 介護者が病弱なため <input type="checkbox"/> 認知症による徘徊等の問題のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労のため <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい ()							
現在の主な 介護状況								
対象者同居 家族の状況	氏名	年齢	職業	続柄	氏名	年齢	職業	続柄
年金の種類	年金 / 月額			円				
今回の利用についてご本人は同意されていますか？								
1. 同意している 2. これから同意を得る 3. 本人が利用について迷っている 4. 判断できない								
5. 利用を拒否している								
入院歴・施設利用歴	病院・施設名等				年 月 日			
	病院・施設名等				年 月 日			
居宅介護支援 事業者名	*担当ケアマネージャー:							