

グループホームあすなろ 入居申込書

申込日 令和 年 月 日

入居利用希望者

ふりがな 氏名	
性別	男・女
生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
住所	
電話番号	
ケアマネジャー	事業所名 TEL FAX 担当者
主治医	医療機関名 TEL FAX 担当医

利用者情報

要介護度	支援2・介護1・介護2・介護3・介護4・介護5
認知症	認知症高齢者の日常生活自立度：自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
利用料自己負担区分	1割・2割・3割・その他()
医療ニーズ	
治療中の病気	高血圧 糖尿病 その他：
その他留意点	
移動	歩行・つかまれば可・できない・歩行補助具()
利用者代理人	住所 氏名 続柄() 電話番号 緊急連絡先

※ 緊急連絡先は、必ずつながる電話番号にしてください。電話番号と同じ場合は不要です。