



グループホーム チェリーロード

相談員	受付担当

ご利用申込書

令和 年 月 日
 申込者氏名 利用者との関係
 住所〒

携帯電話 () -
 電話番号 () -

下記の通り、利用を申し込みます。

フリガナ	性別	生年月日	
ご本人様氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住所	〒 - 電話番号 ()		
介護保険被保険者番号	保険者名	被保険者番号No	
	要介護度 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	有効期限 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
被爆者健康手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	被爆者手帳番号	
入所希望者の状況	<input type="checkbox"/> 自宅にて一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅にて家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養などの施設や病院に入っている (入所、入院中の方は下記にご記入ください) *施設名又は病院名： *所在地(市区名のみ)： *入所又は入院時期：平成 年 月頃から		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の就労により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができない <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない <input type="checkbox"/> 認知症の症状により、常時見守りが必要 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	在宅サービス等の利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所(最近の利用 年 月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(週 回)	
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	他施設申請状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申請	
		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申請している (施設名：)	
	主介護者(緊急時連絡先)	ご住所 〒	
		氏名	ご本人との続柄
		電話番号	携帯番号
	備考	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる *事業所名 () 担当者 () <input type="checkbox"/> いない