

# 認知症対応型共同生活介護 グループホーム アンジェリカ 利用申込書

申込受付日 年 月 日

ふりがな		性別		M T S		年 月 日 ( 歳)
利用者氏名		男・女	生年月日			
利用者住所	〒 _____ 電話 ( _____ )					
ふりがな		申込者住所	〒 _____			
申込者氏名	続柄 ( _____ )		電話・携帯等 ( _____ )			
利用希望の理由及び目的						
	主な疾患名 及び病状					
要介護区分	申請中・要支援( )・要介護( )		認定の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
居宅介護支援事業所	事業所名			担当ケアマネジャー名		
	TEL	( _____ )				
主治医連絡先	医院名			担当医師名		
	TEL	( _____ )				
現在の状況	<input type="checkbox"/> ①自宅(同居者 有・無) <input type="checkbox"/> ②入院中(入院先 _____ ) <input type="checkbox"/> ③施設入所中(施設名 _____ ) <input type="checkbox"/> ④その他( _____ )					
同居者の状況	氏名	続柄	年齢	連絡先(勤め先・携帯電話等)		
住宅情報	<input type="checkbox"/> 一戸建て・マンション・ハイツ <input type="checkbox"/> 車いす(有り・無し) <input type="checkbox"/> エレベーター(有り・無し) <input type="checkbox"/> 歩行補助用具 <input type="checkbox"/> 玄関までに段差・階段(有り・無し)      ( 杖・三点杖・四点杖・歩行器・シルバーカー ) <input type="checkbox"/> トイレ(和式・洋式・ポータブル) <input type="checkbox"/> その他					

医療法人社団 甲有会  
 認知症対応型共同生活介護 グループホーム アンジェリカ  
 〒665-0002 宝塚市月見山2-2-39 TEL 0797-86-6771  
 お申し込み先 FAX 0797-86-6772

平成22年5月6日