

平成 年 月 日

認知症対応共同生活介護(グループホーム)入居相談申込

申込者氏名 (続柄)

住所

電話番号

入居希望者	被保険者番号	要介護認定	認定日	認定有効期間	
	フリガナ氏名			生年月日	M T S 年 月 日
	住所				
	連絡先	自宅	携帯	Fax	
ケアマネージャ	居宅介護支援事業	担当者			
かかりつけ医療機関	主治医 Tel	病院・医院・クリニック 先生			
認知症の状況	診断名 具体的な症状				
介護保険利用状況	利用サービス				
身体状況	機能障害の有無 有・無 ( ) 既往症の有無 有・無 ( ) 服用薬の有無 有・無 ( ) アレルギーの有無 有・無 ( ) その他 ( )				
家族状況	氏名	続柄	年齢	住所	連絡先