

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