

【グループホーム花小町もろえ ご利用申込書】

申込日： 令和 年 月 日

以下の通り「社会福祉法人花木蓮 グループホーム花小町もろえ」の利用を申し込みます。

申込者	フリガナ			本人との関係
	氏名			
	住所	(〒 -)		
	電話番号	自宅 : ()	携帯 : ()	

入居希望者	フリガナ			生年月日	年齢
	氏名				
	住所	(〒 -)			性別 □男 ・ □女
	電話番号	自宅 : ()	携帯 : ()		
	介護認定	□申請中 □要支援(2) □要介護(1・2・3・4・5) 有効期間 ~			
	かかりつけ医	現在のかかりつけ医療機関名 :			主治医:
		※入所後の主治医について (□現在のかかりつけ医を家族送迎で継続 □施設訪問協力医療機関と新たに契約)			
	認知症の診断	□あり (診断名:) □なし □不明			
	健康・生活状況	移動 (自立・杖・手押し車・歩行器・車椅子) *その他 排泄 (自立・一部介助・全介助) 食事 (自立・一部介助・全介助)			
	【介護サービス等の利用状況について】				
	□入所中	施設名:			
	□入院中	病院名:			
□在宅	利用中の介護サービス (訪問介護・デイサービス・ショートステイ・福祉用具貸与・その他())				
	担当ケアマネジャー () 居宅介護支援事業所名()				
	電話 : () FAX : ()				

申込理由	(生活や介護をする上で特に困りのことをご記入ください)
------	-----------------------------

ご家族	□ 申込者と同じ (* 申込者と同じ場合は以下記入不要です)		
	フリガナ		
	氏名		
	住所	(〒 -)	
電話番号	自宅 : ()	携帯 : ()	

* 申込書を記入し、該当する箇所には ☒ を入れて下さい。
* 尚、この申込書の有効期間は、申し込み日から1年間とさせていただきます。

社会福祉法人花木蓮 グループホーム花小町もろえ
〒920-0016 金沢市諸江町中丁154番地1
TEL:076-214-7007 / FAX:076-222-1440
担当: 鍋木 / 西山