

グループホーム花街道 入居相談受付票

受付日 令和 年 月 日

■入居されるご本人の情報

フリガナ _____ 生年月日 _____ 年 月 日
氏名 _____ (男・女) 年 齢 _____ 歳
住民票上の 〒 _____ - _____
住 所 _____

■入居を希望される方についてご質問します。

●要介護度を教えてください

自立 要支援 1 or 2 要介護 1 要介護 2 要介護 3 要介護 4 要介護 5

●現在の居宅支援事業所とケアマネジャーを教えてください

居宅支援事業所 (_____) ケアマネジャー (_____)

●現在のお住まいを教えてください

自宅にお一人で住んでいる 自宅にて家族と同居 病院に入院している
施設に入所している その他 (_____)

●かかりつけ医と現在治療中のご病気があれば教えてください

かかりつけ医療機関名 (_____)

高血圧 糖尿病 慢性心不全 逆流性食道炎 認知症
骨折 慢性腎不全 うつ病 骨粗しょう症 脳梗塞
その他 (_____)

●入居時期について教えてください (緊急性を5段階で評価して下さい)

すぐに入居したい _____ 急いでいないが情報収集したい _____
← 1 2 3 4 5 →

●グループホーム花街道をどちらでお知りになりましたか？

チラシ インターネット 紹介会社 ケアマネからの勧め クチコミ
その他 (_____)

■ご家族様 (キーパーソン) の情報

氏 名 _____ (ご本人との続柄: _____)
住 所 〒 _____ - _____
電話番号 _____
e-mail _____

申込先 〒120-0006 東京都足立区谷中1丁目17番7号

社会福祉法人 長寿村 グループホーム花街道 TEL 03-5613-5506 FAX 03-3620-5228

担当: 岡本・野崎