

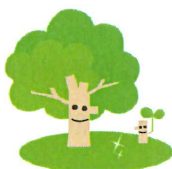
入所待機申込書

1. ご利用者について

年 月 日

*今現在のご様子を、出来る限り詳しくご記入ください。宜しくお願い致します。

ふりがな				性別	生年月日	
氏名				男	女	明治 大正 昭和 年 月 日(満 歳)
ふりがな					担当ケアマネ	
住所						
身長	cm	体重	kg	要介護度	1・2・3・4・5	
今までに罹った病気やけがについて：						
*日常生活動作能力と認知症の症状について						
食事について：						
排泄について：						
着替えについて：						
清潔について：						



社会福祉法人 こもれび福祉会
グループホームこもれびの郷

島根県益田市横田町710番地
TEL 0856-25-2515
FAX 0856-31-5202

移動について：
視力について：
聴力について：
見当識障害について：

2. 申請者

ふりがな		性 別		
氏 名		男	女	利用者との続柄
ふりがな				
住 所				
連絡先	(TEL)	(勤務先)		
	(FAX)	(緊急連絡先)		



社会福祉法人 こもれば福祉会
グループホームこもればの郷

島根県益田市横田町710番地

TEL 0856-25-2515

FAX 0856-31-5202