グループホーム　利用申込書

社会福祉法人　十日町福祉会　　グループホーム　管理者　様

貴施設のサービスを利用したいので申請いたします。

申込者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名 利用希望者との続柄(　　)	施設記入欄	受付日	年　月　日
			法人名	**十日町福祉会**
			施設名	
	住　所　〒　　－	担当介護支援	事業所	
			名前	
	電話番号		連絡先	

【利用希望者の状況】

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏　名		性別	男 女	保険者名称・番号	十日町市			1	5	2	1	0	8
				被保険者番号									
生年月日	大・昭　年　月　日（満　歳）			（自宅住所）〒　　－									
要介護度	支2　介1・2・3・4・5												
現在の状況				（電話番号）									

生活歴（出生地、学歴、職歴、結婚歴等　詳しく記入してください）
入所希望の理由、意見等（希望者本人、家族の状況、現在介護をするに当って困っていること等）

本人の意向	□希望　□拒否　□知らせていない　□認知力低下により不明

利用中のサービス

【家族の状況】

氏　名	続柄	年齢	同・別居	住　所	勤務先

連絡先　1	氏名　　続柄	電話（Tel）
連絡先　2	氏名　　続柄	電話（Tel）

【医療の状況】

現在治療中の病気・既往歴

病　　名	医療機関・担当医	入院・通院期間

【同意欄】

利用者及び家族の個人情報について、次に定める条件で必要最小限の範囲で使用することに同意します。

1.　使用の目的

①利用者に関わる施設サービス計画を立案するためのサービス担当者会議での情報提供

②介護支援専門員やサービス提供事業者及び行政機関との連絡調整が必要となった場合

③施設で行う入所検討委員会での情報提供

2.　個人情報の取り扱いは必要最小限度とし、次のことを守ること

①提供された個人情報は第三者に漏らさない

②提供された個人情報は目的以外に使用しない

③個人情報を使用した会議や内容については、記録する

利用者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

申込者＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

【問い合わせ】

申し込み希望施設の□にチェックをお願いします

□　グループホーム　よしだ

郵便番号：948－0106

住　所　：十日町市南鐙坂446－1

電　話　：025－761－7182

ファックス：025－757－8660　　グループホーム担当まで

□　グループホーム　うえの

郵便番号：948－0122

住　所　：十日町市上野甲82番地1

電　話　：025－755－5760

ファックス：025－768－2331　　グループホーム担当まで