

サービス付き高齢者住宅 **ありがとう** 入居申込書

受付番号	No.
受付日	平成 年 月 日
担当者	

申込者記入欄	申込日	平成 年 月 日		住所	〒 -
	ふりがな				
	氏名				
	続柄	勤務先		連絡先	TEL 携帯

入居希望者さまの情報	ふりがな			性別		生年月日	明大昭 年 月 日		
	氏名	様			電話番号	- -			
	住所	〒 -							
	要介護度	未申請・申請中・要支援()・要介護()			保険者				
	認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			被保険者番号				
	居宅介護支援事業所名			ケアマネ氏名		連絡先	- -		
	居宅サービスの利用状況	訪問介護	回/週	通所介護	回/週	通所リハ	回/週		
		訪問看護	回/週	訪問リハ	回/週	訪問入浴	回/週		
		短期入所	日/月	福祉用具貸与					
	障害者手帳	有・無	介護保険負担限度額認定証	第 ____ 段階	その他手帳	特定疾患手帳などあれば記入			
	主治医	医療機関名		診療科目	科	医師名	先生		
	受診内容	① ____ 科	回/月	② ____ 科	回/月	③ ____ 科	回/月		
	医療行為	内服薬	有・無	塗り薬	有・無	経管栄養	有・無	吸引の必要	有・無
	既往歴	疾患名			発症年月				
		①							
②									
③									
④									
入居申理由	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住していて十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて、日中となり、十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が出来ないため <input type="checkbox"/> 医療機関や介護施設から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分支給限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> その他 ()								

お問い合わせ先： サービス付き高齢者住宅 **ありがとう** TEL0997-23-0723 FAX0997-28-3728

ご家族の情報	ふりがな		性別	生年月日	明 大 昭 年 月 日
	氏名	様		電話番号	— —
	住所	〒 —			続柄
	お勤め先		業種		お勤め先電話

入居希望者さまの詳しい状況	現在の住まい状況		入居希望時期	すぐに ・ 年 月 頃		
	食事	主食	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> 重湯 <input type="checkbox"/> 経管栄養	副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
		アレルギー	<input type="checkbox"/> あり ()		水分摂取	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ剤 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可
		食事動作	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 自力摂取+見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 経管栄養	
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴	<input type="checkbox"/> 入浴拒否なし <input type="checkbox"/> 入浴拒否あり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		入浴時の注意点 ()				
	排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿パッドのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツのみ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ+尿パッド			
			<input type="checkbox"/> オムツ+フラット+尿パッド <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 (ストーマ)			
		排泄動作	日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車いす (自力) <input type="checkbox"/> 車いす (全介助)	<input type="checkbox"/> 移動困難			
	認知症	疾患名	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> アルツハイマー型認知症 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔 <input type="checkbox"/> 自他傷 <input type="checkbox"/> 幻視幻覚 <input type="checkbox"/> その他			
		認知症の症状を出来るだけ詳しく記入ください				
	経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
ご本人の月収		万円	ご本人の年収	万円	ご家族からの支援	
金銭管理		<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族	その他 ()			
趣味嗜好	<input type="checkbox"/> お酒 () / 日 <input type="checkbox"/> タバコ (本) / 日	好きな音楽	()			
	好きなスポーツ	()	好きなテレビ	()		
	ご趣味などを出来るだけ詳しく記入ください					
これまでの生活経緯	これまでご本人が歩んだ人生を出来るだけ詳しく記入ください					

その他	

お問い合わせ先： サービス付き高齢者住宅 **ありがとう** TEL0997-23-0723 FAX0997-28-3728