

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	令和 年 月 日
担当者	

申込者記入欄	申込日	令和 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	令和 年 月 日から 令和 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	限	第 段階	その他手帳					
	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										
入居申込理由	<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、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ため <input type="checkbox"/> その他 ()										

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	万円/月				
	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 () / 1日		<input type="checkbox"/> タバコ (本) / 1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** TEL0997-28-3088 FAX0997-28-3138