

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

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