

入居申込書

私は 有料老人ホーム和顔施 に入居を (予約・申込) 致します

○ 申込者記入欄 (本人又は申込者をご記入ください。)

* 施設側記入

申 込 者 連 絡 先	フリガナ		処 理 状 況 欄	受付日
	氏名			年 月 日
	住所	〒 -		申込者
	電話番号	()		年 月 日
	その他の 連絡先	()		受付担当者

○利用者ご本人の状況 (該当するところの○を付けてください。)

フリガナ		性別
氏名		男・女
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)	
住所	〒 -	

褥創	無 ・ 有 (場所)
視力	ふつう ・ やや不自由 ・ かなり不自由 ・ 全盲 ・ 眼鏡使用
聴力	ふつう ・ やや不自由 ・ かなり不自由 ・ 補聴器使用
言語	ふつう ・ 聞き取りにくい ・ 聞き取れない
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助
歩行補助具	なし ・ 杖 ・ 老人カー(歩行器) ・ 車椅子 ・ その他()
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助
	居室トイレ ・ Pトイレ ・ 尿器 ・ オムツ ・ ()
	尿意 有 ・ 無 便意 有 ・ 無
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助
食事	普通食 ・ 半 粥 ・ 全 粥 ・ ミキサー ・ その他()
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助
着脱衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全部介助
対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 協調的
痴呆症状・問題行動(該当するものにしを、該当するものがなければ無記入)	
記 憶	<input type="checkbox"/> 物忘れ、置き忘れが目立つ <input type="checkbox"/> 最近の出来事がわからない <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない、寸前のことも忘れる
失見当識	<input type="checkbox"/> 異なった環境におかれると、一時的にどこにいるのかわからなくなる <input type="checkbox"/> 時々自分の部屋がどこにあるのかわからない

	<input type="checkbox"/> 自分の部屋がわからない		
徘徊	<input type="checkbox"/> 時々、部屋内でうろうろする <input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩き回る <input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩き回る	失禁	<input type="checkbox"/> 誘導すれば自分で便所に行く <input type="checkbox"/> 時々失禁する <input type="checkbox"/> 常に失禁する
上記問題 行動に ついて	<input type="checkbox"/> 日中を中心にみられる <input type="checkbox"/> 夜間を中心にみられる <input type="checkbox"/> 昼夜を問わずみられる		
備考			

在宅生活をしている方（記入及び該当に○を付けてください）

現在利用している居宅介護サービス	回数・事業所名又は用具名
------------------	--------------

<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ホームヘルパー)	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 訪問看護	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス)	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (デイケア)	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (特養 ショートステイ)	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (老健等 ショートステイ)	回 / 月 ()
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給	
<input type="checkbox"/> その他 ()	
担当介護支援専門員	事業所名
	担当者名
	電話

病院・施設等に入院・入所している方 (記入及び該当に○を付けてください)

現在利用している施設サービス等		
<input type="checkbox"/> 養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 軽費老人ホーム	<input type="checkbox"/> 有料老人ホーム
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設	<input type="checkbox"/> 病院
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム	<input type="checkbox"/> 痴呆性高齢者グループホーム	<input type="checkbox"/> その他

利用施設名又は病院名	入所又は入院期間	担当
	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月)	
	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月)	
	年 月 日 ~ 年 月 日 (年 ヶ月)	

* 入退院、入退所を繰り返している場合は、直近で記入してください。

かかりつけ病院名	
主治医	
主な病名	
既往歴	
医療的処置	カテーテル ・ 経管栄養

(該当に○を付けて てください)	インシュリン注射 ・ ストーマ (人工肛門) 処置 酸素療法 ・ その他 ()
内服管理	不可 ・ 可
	(内容)
感染症	無 ・ 有 ()
アレルギー	薬物 () 食物 ()

本人の入所の意向 (該当に○を付けてください)					
<input type="checkbox"/> 入所を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 自宅生活を希望している <input type="checkbox"/> 本人には知らせていない <input type="checkbox"/> 本人の意向が確認できない <input type="checkbox"/> その他 ()					
入所を希望する理由 (必ず記入してください)					
家族の状況・近親者 (記入及び該当に○を付けてください)					
	氏名	続柄	年齢	現住所	同居・別居
主介護者					<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>
					<input type="checkbox"/> ・ <input type="checkbox"/>

					□ ・ □
他の親族等の援助者		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 続柄			
他施設への申込状況 (記入及び該当に○を付けてください)					
<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる(施設名 _____)					

・ 身元引受人 (予定者)

氏名	続柄	年齢	住所 (T E L ・ 携 帯)	職業・勤務先 (T E L)

(注) 身元引受人は 1 名必要です。