

住宅型有料老人ホームあゆみ 入居申込書

FAX:0191-34-5890

【 1号館 ・ 2号館 ・ 3号館 】 の入居を希望します。 ※ご希望の方に○をお願いします。

受付日 令和 年 月 日

具体的なご要望や期限がございましたらご記入ください。

入居希望時期	令和 年 月 頃	
--------	----------	--

申込者	ふりがな						
	ご住所	〒 -					
	ふりがな			入居者との ご関係(続柄)			
	ご氏名						
電話番号			携帯番号				
入居者	ふりがな						
	ご住所	〒 -					
	ふりがな				生 年 月 日	性別	<input type="checkbox"/> 男
	ご氏名				大正 昭和 平成 年 月 日 (歳)		<input type="checkbox"/> 女
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			介護負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 手帳の種類: (種 級)			健康保険	後期高齢・その他()	
	年金等種別	国民・厚生・共済・生保・その他		他施設申請先			
	ご家族の状況	<input type="checkbox"/> 働いている (<input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 働いていない (<input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 健康不安 <input type="checkbox"/> その他)					
	既往歴	時期	病 名	病院名	担当医	現 況	
						完治・治療中・経過観察・()	
						完治・治療中・経過観察・()	
	入院歴	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 3ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 3年以上前			手術歴	昭 平 令 年	服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
		状態 <input type="checkbox"/> ALS <input type="checkbox"/> パーキンソン <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 末期がん <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう 経鼻) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()					
認知障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想							
感染症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> C型肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> 疥癬							
待機場所について			担当				
担当居宅介護支援事業所			担当ケアマネ				

参考事項	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
		(主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ムース食 <input type="checkbox"/> その他	備考	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
		<input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 尿器使用 <input type="checkbox"/> トイレ使用あり <input type="checkbox"/> トイレ使用なし <input type="checkbox"/> PTトイレ使用	備考	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特浴	備考	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
		<input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> その他	備考	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	備考	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度	備考	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大きな声で聞き取れる	備考	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> その他	備考	
	ご本人、ご家族の意向	(ご本人)		
(ご家族)				
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいる <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護する事が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障がい」「病気」等により介護する事が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 医療依存が高く、他施設等に入居できないため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）予定のため <input type="checkbox"/> その他			
特記事項				

下記は施設側で記入いたします。

実態調査 事前連絡	家族様 <input type="checkbox"/>	実態調査 場所・日時	
	関係機関 <input type="checkbox"/> 【事前情報依頼 <input type="checkbox"/> 】 ()		
※備考 入居判定: 月 日 (入居可・入居不可) 判定理由:		受付担当者	