

入居申込書

社会福祉法人 希望ヶ丘
ケアハウス ばすきなよお

受付日	平成 年 月 日
-----	----------

受付担当	
ケアマネ	
主治医	

申込者	住所			
	ふりがな			
	氏名		続柄	
	連絡先	自宅	()	
		携帯	()	
職場名 職場連絡先		()		

1. 入居者の基本状況

ふりがな		性別	保険者	石垣市・()
氏名		男・女	被保険者番号	
			要介護度	支・1・2・3・4・5
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	認定の有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	
現住所		健康保険	<input type="checkbox"/> 国民保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護	
電話	()	老人医療受給者証	有 ・ 無	
		身体障害者手帳	有 (級) ・ 無	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 病院・他施設に入院(所)中 <input type="checkbox"/> 介護サービス利用()			
	入院(所)中の施設名 () ⇒ 入院(所)日 平成 年 月 日 から 退所(所)日 平成 年 月 日 まで			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 糖尿(インシュリン投与) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他()			
入居理由 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護するものがないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢・障害・疾病のため <input type="checkbox"/> 介護者の身体・精神的負担が多いため <input type="checkbox"/> 自宅での生活が困難なため <input type="checkbox"/> 病院・施設から退院(所)しなければならないため <input type="checkbox"/> その他()		【備考欄】	

申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ	<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(施設名)
		<input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込み予定(施設名)

問い合わせ履歴	
---------	--

【お願い】 申し込み内容に変更、または申し込み取り下げの場合は、ご連絡を頂きますようお願い致します。

(例) 住所・連絡先変更、他施設入所、死亡、胃ろう造設(鼻腔)など 0980-86-8888まで

様式第1号(入居申し込み書)

2. 入居者詳細情報

身体状況	身長	cm	体重	Kg	血液型	Rh	+	-
	視力	<input type="checkbox"/> 見える(左 右) <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> まったく見えない <input type="checkbox"/> メガネ使用						
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる(<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右) <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> まったく聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用						
	言葉	<input type="checkbox"/> 普通に話せる <input type="checkbox"/> 少し話せる <input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> その他()						
	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり (箇所) (どこに) (大きさ) <input type="checkbox"/> なし						

日常生活状況	歩行	<input type="checkbox"/> 歩ける (<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手引き歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 [) <input type="checkbox"/> 車椅子使用 (<input type="checkbox"/> 自走式 <input type="checkbox"/> 介助用 <input type="checkbox"/> リクライニング) <input type="checkbox"/> その他						
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食べる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具						
	食事形状	(主食) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> アチビー <input type="checkbox"/> おかゆ () <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> なめらか食 (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ () <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> なめらか食						
	食事制限	<input type="checkbox"/> カロリー制限 (kal) <input type="checkbox"/> 減塩 (g) <input type="checkbox"/> 水分制限 (cc) <input type="checkbox"/> 禁止食 () <input type="checkbox"/> アレルギー ()						
	水分	<input type="checkbox"/> トロミなし <input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> その他 ()						
	排尿 排便	日中 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 夜間 <input type="checkbox"/> 自分で出来る <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	尿便意 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 曖昧)					
	オムツ	日中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> カバー式 <input type="checkbox"/> 布オムツ 夜間 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> カバー式 <input type="checkbox"/> 布オムツ						
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で洗える <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	入浴器具	<input type="checkbox"/> シャワーチェア <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()						

生活歴	<p>生い立ちから現在までをお書き下さい (出生、職歴、結婚歴、子供など)</p>
-----	---

既往歴	
-----	--

薬	
---	--

収入状況	<input type="checkbox"/> 年金	(金額	円/年)
	<input type="checkbox"/> 恩給	(金額	円/年)
	<input type="checkbox"/> その他	(金額	円/年)

3. 家族構成 および 緊急連絡先

NO	緊急 連絡順	ふりがな 氏名	続柄	生年月日	住所	電話番号
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

4. 入居者嗜好情報

4-1 購読している新聞、書籍など

--

4-2 趣味、娯楽、スポーツ、習い事など

--

4-3 食事の好き嫌い、こだわりなど

--

5. 身元保証人

※入居契約時に原則2名(世帯別)の身元保証人を立てる必要があります。

また、身元保証人①は利用料支払い、書類手続きなどをされる方をご記入ください。

	氏名	続柄	住所	電話番号
①				
②				