

※記入し見学時にお持ちいただくか
FAXにてお申し込みください
FAX: 026-219-1302

申込日 年 月 日 受付日 年 月 日

住宅型有料老人ホーム シニアハウス光和 入居申込書

申込者

TEL

フリガナ					生年月日				
入居希望者					明治・大正・昭和 年 月 日生 (歳)				
現住所	郵便番号				電話番号				
被保険者番号					保険者名				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <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 <input type="checkbox"/> 申請中								
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日								
食事	形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー 摂取: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 制限: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				入居を希望する理由 (該当する事項をチェック) <input type="checkbox"/> 介護者がいないため(独居) <input type="checkbox"/> " 高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> " 就労しているため <input type="checkbox"/> " 育児等しているため <input type="checkbox"/> " 不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難なため(年 月 日頃退院(退所)予定) <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームへの待機として <input type="checkbox"/> (その他詳細)				
移動	移動: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> センサー対応								
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 日中: <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ 夜間: <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ								
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 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 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								
担当の居宅介護支援事業所等	事業所の名称								
	TEL				睡眠				
	担当者				<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> トイレ頻回 <input type="checkbox"/> 徘徊 眠剤: あり ・ なし				
居宅サービス(介護予防を含む。)等の利用状況等	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・臨時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> その他 【地域支援事業】 <input type="checkbox"/> (訪問介護相当・訪問型サービスA) <input type="checkbox"/> (通所介護相当・通所型サービスA)								
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所、入院中(名称) 年 月 日~ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> その他 () [既往歴及び 現在治療中の病名] <input type="checkbox"/> かかりつけ医 (病気:)								
主たる介護者の状況	フリガナ				性別	生年月日			
	氏名				男・女	年 月 日生 (歳)			
	住所	〒			要介護認定の有無		有・無		
		TEL			要介護状態区分				
同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居								
申込者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 ()								
家族等の状況	家族図				氏名	続柄	年齢	備考	
施設使用欄	<p style="text-align: center;">入居: 可 ・ 否</p>								