

< 介護付き有料老人ホーム ケアメディカルはなまき 入居申込書 >

申込日		年	月	日	申込日	年	月	日	
申込者 「入居に関する連絡先」	ふりがな				性別	入居希望者との関係			
	名前				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者	
	住所	〒 -			電話番号	-	-		
	連絡場所	[<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社 <input type="checkbox"/> その他 ()]			携帯電話	-	-		
入居希望者	ふりがな				性別	被保険者番号			
	名前				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	住所	〒 -			年齢	介護度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支援1 <input type="checkbox"/> 支援2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	認定期間		
	生年月日	和暦 年 月 日			電話番号		年 月		
	保険者	市区町村名:							
入居希望者の状況	現況	<input type="checkbox"/> 一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 入所施設や病院等で暮らしている (施設名称:) 入所・入院歴 年							
	入居希望理由 「該当項目すべてを選んでください」	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため(独居) <input type="checkbox"/> 介護者が高齢。障害、疾病等により、十分な介護が困難なため(高齢者世帯等) <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているので、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているので、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が遠距離に在住しているので、介護が望めないため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 現在施設や病院等から退所・退院を求められているが、自宅での生活が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()							
	担当居宅事業所	事業所の名称			担当介護支援専門員				
	医療の状況	<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"/> その他 () [現在治療中の病名] ()							
	居宅サービスの利用の状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <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"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 認知対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 認知対応型通所介護 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 有・無 物品名 () <input type="checkbox"/> 住宅改修 有・無 工事箇所 ()							
主たる介護者の状況	ふりがな				性別	入居希望者との関係			
	名前				<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者	
	住所	〒 -			電話番号	-	-		
	生年月日	和暦 年 月 日			<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支援1・2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5				
家族等の状況	家族図				氏名	続柄	年齢	同居の別	

配入 慮して あたり ほしい 特点に				
利用者本人と主介護者の主な日課				
時間	利用者本人	記載例	主介護者(施設等は不要)	記載例
4				
5		起きる		様子を見る
6		トイレに行く		ベットの柵を外して見守り
7		手を洗う 着替える、顔を拭く		タオルを居室の洗面台に置く
8		リビングへ行く 朝食を食べる		立位補助 エプロンをかけ
9		食後薬を飲む 歯磨きする		る、ティッシュを手元に用意
10		トイレに行く		立位補助。下衣の下げ下ろし
11		居室に戻る ベッドで良くなり		立位補助 移乗の見守り
12		テレビを見る リビングに行く		様子を見る 立位補助
13		昼食を食べる 食後薬を飲む		エプロンをかける、ティッシュ
14		歯磨きする トイレに行く		を手元に用意
15		居室に戻る ベッドで良くなり	
16		テレビを見る おやつを食べる	
17		トイレに行く	
18		リビングに行く	
19		夕食を食べる 食後薬を飲む	
20		ソファで横になり テレビを見る	
21		お風呂に入る 歯磨きする		着脱介助 入浴介助
22		パジャマに着替える	
23		眠る	
24				
1				

個人情報同意欄	<p>私は、介護付き有料老人ホーム ケアメディカルはなまきが、入居検討に係る希望者本人及び家族等の個人情報の把握をすること、並びに市町村他からの情報提供を得ることに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日 氏名（本人又は代理人）</p>
---------	--