

# 入居申込書

申し込み日	平成 年 月 日	受付日	h . .	担当者	
入居を希望される方	氏名	(フリガナ) ----- 性別	生年月日	明治 大正 昭和	
		男 女		年 月 日	
	住所	柏原市	年齢	歳	
	電話番号		要介護度	要介護 ( ) ・ 要支援 ( ) ・ 未認定	

申し込みをされる方	氏名	(フリガナ) -----	入居希望者との続柄	
			自宅電話番号	
			携帯電話番号	
住所	〒 -			

### 【入居を希望される方の状況】

※該当する項目の□に✓を入れて下さい。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設に入所中 (施設名 _____、年 月～) <input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 (病院名 _____、年 月～)			
ご自宅での 介護サービス 利用状況	在宅介護継続期間	年 月	居宅介護サービス利用の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (有の場合は下記にも記入)
	居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー	
	【利用中の居宅サービス】 ※申し込み月前月に利用中のサービス状況をご記入下さい。			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週) [利用事業所名] <input type="checkbox"/> デイサービス ( 回/週) [利用事業所名] <input type="checkbox"/> ショートステイ ( 回/週) [利用事業所名] <input type="checkbox"/> その他			
医療の状況	主治医	[医療機関名]	[主治医名]	
	既往歴	[疾病名]	[発症年月]	年 月頃
		[疾病名]	[発症年月]	年 月頃
特別な 医療の 状況	※現在受けている該当する処置内容があれば印を入れてください。 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

★ **重要!** ご入居仮契約の段階で、『健康情報提供書 (別紙)』の提出が必要です。



[特別養護老人ホーム柏原寿光園 入居申込添付書類]

[地域密着型高齢者複合施設太寿 入居申込添付書類]

## 個別状況確認書

★ この書類は入居選考における個別状況把握のために重要資料となりますので出来るだけ詳細にご記入下さい。

【記入年月日】 年 月 日 【記入者氏名】 【続柄】

入居希望者 氏名	(フリガナ)	生年月日	明治	大正	昭和	
			年	月	日	( 歳)
入居希望者住所	柏原市	TEL				
要介護度		市民税課税状況	非課税・課税	生活保護受給	無	有

【本人の状況】

項目	状況 ※該当する内容に○をして下さい	施設への申し送り・現状の介護内容
視力	普通 見えにくい 見えない	
聴力	普通 やや難聴 難聴	
意思疎通	問題なし やや困難 困難	
寝返り	自立 つかまれば可 できない	
立ち上がり	自立 つかまれば可 できない	
立位保持	自立 支えがあれば可 できない	
歩行	自立 伝い歩き 介助にて歩行 困難	
移動	歩行 杖 歩行器 車椅子	
食事	自立 一部介助 全介助	
嚥下	問題なし やや困難 困難	
入浴場所	自宅で入浴 自宅外で入浴	※頻度 _____回/週 ※利用事業所名 _____
入浴介助	自立 一部介助 全介助	
着脱衣	自立 一部介助 全介助	

<b>排泄場所</b>	トイレ ポータブルトイレ ベッド					
<b>排泄介助</b>	不要 一部介助 全介助					
<b>オムツ類使用</b>	無 有	※ <b>オムツ種類</b> 紙パンツ 尿取りパッド 紙オムツ (テープ止め)				
		※ <b>使用頻度</b> 外出時のみ 夜間のみ 終日使用				
<b>尿意</b>	無 有	<b>便意</b> 無 有	<b>便秘</b> 無 有	※便秘時の対応方法		
<b>認知症</b>	無 有	※認知症症状又は対応で困っていることをご記入下さい。				
<b>主治医</b>	[医療機関名]		[担当医師]			
<b>既往歴</b>	【疾病名】		【発症年】		※既往歴・現在治療中の疾病に関する特記	
			昭和・平成	年		
			昭和・平成	年		

【家族連絡先 (1 番目)】

<b>氏名</b>		<b>入居希望者との続柄</b>	
<b>住所</b>			
<b>自宅電話番号</b>		<b>携帯電話</b>	

【家族連絡先 (2 番目)】

<b>氏名</b>		<b>入居希望者との続柄</b>	
<b>住所</b>			
<b>自宅電話番号</b>		<b>携帯電話</b>	

【その他、施設への申し送り】

--