

# 有料老人ホーム ホームランドあべの 入居申込書

平成 年 月 日

ホームランド あべの 入居相談窓口 行き

申請者  
氏名

⑨

関係 ( )

記

フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日		
入居希望者様氏名			年 齢	満 歳	性 別	男 ・ 女
住 所	〒 -  電話 ( ) -					
現 在 の 状 況	<input type="checkbox"/> 自 宅 : ( 一人暮らし ・ ご夫婦で生活 ・ 家族と同居 ) <input type="checkbox"/> 入院中 : 病院名 ( ) 病名 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 : 施設名 ( )					
かかりつけ医療機関	科 目	科	主治医	Dr.		
	電話番号 ( ) -			手段	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> その他	
介護保険	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 認定中 <input type="checkbox"/> 認定を受けていない					
	認定日 ( H 年 月 日 )			有効期間 ( H 年 月 日 ~ H 年 月 日 )		
居宅介護支援事業所	事業所名:					
	ケアマネージャー:			電話 ( ) -		
保険種別	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療受給者証 <input type="checkbox"/> 社保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 国保 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 共済 ( 本人・家族 ) <input type="checkbox"/> 生活保護					
身障手帳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ← 等級 級 障害名 ( )					
その他の証明書等						
家族又は緊急時の連絡先	フリガナ氏名	続柄	住 電 話 番 号			
			〒 - (自宅) (携帯)			
			〒 - (自宅) (携帯)			
			〒 - (自宅) (携帯)			

●以下の質問事項に分かる範囲でお答えください。

歩行について	<input type="checkbox"/> 一人で歩ける <input type="checkbox"/> 杖や歩行器などを使ってなら歩ける <input type="checkbox"/> 介助や見守りがあれば歩ける <input type="checkbox"/> 車イスを使って自分で移動できる <input type="checkbox"/> 車イスを誰かに押してもらい移動している <input type="checkbox"/> 寝たきり状態である 備考：
立ち上がりについて	<input type="checkbox"/> 助けはいらぬ <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 手助けがある <input type="checkbox"/> 立ち上がれない 備考：
トイレについて	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツ着用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツ着用 <input type="checkbox"/> 尿器を使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用 備考：
お風呂について	<input type="checkbox"/> 一人で入れる <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分的に介助がある <input type="checkbox"/> 完全な介助がある 備考：
食事について	<input type="checkbox"/> 一人で食べられる <input type="checkbox"/> 部分的に介助がある <input type="checkbox"/> 完全な介助がある <input type="checkbox"/> 経口摂取ができない 備考：
	嫌いな物：
	食べてはいけない物（アレルギー・お腹を下す等）：
	形状：主食 <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他 おかず <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 備考： その他（塩分量・カロリーなど制限がある場合）
精神的状況について <small>（複数回答可）</small>	<input type="checkbox"/> 年相応の物忘れ <input type="checkbox"/> 著しい物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 異食 備考：
意思疎通について	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 会話に支障がない程度 <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 疎通性は図れない 備考：
その他 金銭関係 年金など	