

株式会社あうら 入居申込書

受付日
令和 年 月 日

入居希望施設								
フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
入居希望者 氏名				電話番号				
住所	(〒 -)			電話番号				
要介護度	要支1・要支2・1・2・3・4・5			被保険者番号				
認定有効 期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日			保険者：				
障害者手帳	・なし ・あり(種 級 障害者名：)							
健康保険	・後期高齢者医療 ・国保 ・社保 ・その他() ・生活保護(担当者：)							
年金	・国民 ・老齢 ・厚生 ・遺族 ・障害 ・その他()							
フリガナ			続柄	自宅電話				
身元引受人			職業	携帯電話				
住所				職場電話				
緊急連絡先								
氏名	〒 -		続柄	自宅電話 携帯電話 職場電話				
氏名	〒 -		続柄	自宅電話 携帯電話 職場電話				
氏名	〒 -		続柄	自宅電話 携帯電話 職場電話				
居宅介護 支援事業所			TEL			担当ケア マネ		
現在のサービス 利用種類状況								
在宅サービスの 利用状況	日	月	火	水	木	金	土	その他
主治医	かかりつけ医		診察料		担当医		TEL	
診断名				内服状況				
既往歴				生活歴 ※出生、職歴、結婚、生活環境、生活の様子など				
家族図 ※男性□、女性○、死亡■・●、結婚□=○など				入居希望理由 ※できるだけ具体的に記入して下さい。				

上記のとおり

入居を申し込みます。

入居申込者：

(続柄：) ㊞

身体状況等確認表

氏名：		様	
身体状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子（自走可・不可）	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば一人できる	<input type="checkbox"/> できない
	体交	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば一人できる	<input type="checkbox"/> できない
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 盲	<input type="checkbox"/> 弱視 ※メガネ： なし ・ あり
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聾	<input type="checkbox"/> 難聴 ※補聴器： なし ・ あり
	言語・意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 聴き取りにくい ※失語症： なし ・ あり
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 部位：
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 義歯： あり ・ なし	<input type="checkbox"/> できない ありの場合： 上 ・ 下 ・ 一部
	更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助（上・下）	<input type="checkbox"/> できない
食事	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ ）	<input type="checkbox"/> セッティングで自立 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事内容	主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 柔らか煮 水物： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ	<input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ゼリー
	方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> スプーン
	嚥下能力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ムセ込みあり	<input type="checkbox"/> 若干ムセ込みあり <input type="checkbox"/> 不能
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> Pトイレ・尿器
	状態	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導	<input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ
	失禁	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> 一部介助
認知症状	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	失見当識	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	徘徊	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	幻覚妄想	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	暴言・粗暴行為	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
生活	掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	買物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	整理整頓	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	外出	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	通院	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助
電話対応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 一部介助	
生活に対する本人の希望		生活に対する家族の希望	