

株式会社あうら 入居申込書

受付日

平成 年 月 日

入居希望施設								
フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和					
入居希望者氏名			年 月 日 ( 歳)					
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	平成 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: ) 印

# 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 <input type="checkbox"/> ミキサー食 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 柔らか煮 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー食 水物： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ <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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> なし <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	

特記事項