

# 有料老人ホーム ホームランドあべの 入居申込書

令和 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

印

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 ( 年 月 日 )			有効期間 ( 年 月 日 ~ 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：
トイシ 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	