

<ケアハウス大慈 入居申込書>

<申込日>		令和 年 月 日 曜日									
ふりがな 本人氏名											
介護度		非該当	要支援 Ⅰ・Ⅱ		要介護 Ⅰ			Ⅱ	Ⅲ	Ⅳ	Ⅴ
生年月日		大正・昭和		年		月		日		歳	
現住所		〒									
自宅電話番号											
現在		☐ 自宅			☐ 入院中			☐ 施設利用中			
担当事業所名						担当者名					
						電話番号					
ふりがな 家族氏名											
		続柄:		生年月日:		年		月		日	
住所		〒									
自宅電話番号											
携帯電話番号											
入居申込の理由											
ケアハウス大慈を知ったきっかけ		近隣である・ホームページ・知り合いより・ケアマネジャーより 紹介会社()その他()									
入居希望時期		☐ すぐにでも ☐ 年 月頃 ☐ 年 月以降									
健康診断	☐ 大慈診療所にて受ける(自費負担:10,000円)										
	☐ 現在のかかりつけ医にて受ける										

現在の状況	☐ 自宅で生活中
	① ☐ 1人暮らし ☐ 夫婦世帯 ☐ 家族と同居
	② 在宅サービスを利用中ですか ☐ はい ☐ いいえ
	利用中の方はどのようなサービスをご利用中ですか
	☐ ヘルパー(週 回) ☐ デイサービス(週 回)
	☐ ショートステイ(月 回) ☐ 訪問看護(週 回)
	☐ 訪問リハビリ(週 回) ☐ 福祉用具レンタル(ベッド・車いす・その他)
	☐ 病院に入院中
	① 病院名:
	② 入院期間: 年 月 日 ~
	③ 入院の理由:
	☐ 施設 利用、入居中
① 利用、入居先:	
② 利用、入居 期間: 年 月 日 ~	
主な生活費	☐ 年金収入 ☐ 預貯金 ☐ ご家族の支援 ☐ その他()
現在の お体の 様子	かかりつけの医療機関について教えてください。 医療機関名: 医師名:
	診療科: 内科 外科 整形外科 脳外科 歯科 眼科 皮膚科 耳鼻科 その他() 現病、既往歴について 病名:
	日常生活について教えてください。
	① 移動: ☐ 歩行 ☐ 杖歩行 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー(手押し車) ☐ 車椅子
	② 食事形態: ☐ 普通食 ☐ 療養食
	☐ 特別食(☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ とろみ剤使用 ☐ その他
	③ 食事: ☐ 自立 ☐ 見守り(声掛け) ☐ 1部介助 ☐ 全介助
	④ 排泄: ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 1部介助 ☐ 全介助
	使用排泄物(☐ 紙おむつ ☐ 紙パンツ ☐ 尿とりパット ☐ バルーン)
	⑤ 入浴: ☐ 自立 ☐ 見守り(声掛け) ☐ 1部介助 ☐ 全介助
	⑥ 衣類更衣: ☐ 自立 ☐ 見守り(声掛け) ☐ 1部介助 ☐ 全介助
	認知症について教えてください。
	☐ ない ☐ ある
	<<「ある」とお答頂いた方>>
	① 意思疎通: ☐ できる ☐ やや困難 ☐ 困難
	② どのような症状がみられますか。
	☐ 徘徊 ☐ 昼夜逆転 ☐ 被害妄想 ☐ 暴力(暴言) ☐ 介護に抵抗 ☐ その他()
	アレルギーの有無
② 食物によるアレルギー ☐ 有 ☐ 無 ※有の場合()	