

## サービス付き高齢者向け住宅 すずらん 入居申込書

施設長殿

申込日 平成 年 月 日 ( 曜日 )

受付担当者

申込者	ふりがな		備考(施設が記入)
	氏名		
	住所		
	電話		
	続柄		

入居を希望する人、及び、その状況について

ふりがな 氏名		保険者	
		介護保険番号	
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	要介護度	
住所			
在宅状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす		
待機場所	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 他の施設(施設名 )		
申込みサービス	<input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> 特定施設		
入居理由			
介護状況 (在宅時)	現在、居宅サービスを利用して(いる      いない) ①居宅サービス種類:      頻度: 回/週 ②居宅サービス種類:      頻度: 回/週		※サービス種類 デイサービス ショートステイ など
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養(胃ろう) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ)の処置 <input type="checkbox"/> その他		
	現在治療中(服薬中)の病気など		
	かかりつけ病院		主治医
申込み状況	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込む すでに申込み済( ) これから申し込む( )		
同意書	福井県または市町村から求められたばあいには、この申込書(及び記入内容)を提出する事に同意します。 平成 年 月 日 氏名 (印)		

※申し込みの際には、介護保険者証の写しを添付して下さい。

入居申込書 添付

①入居対象者

生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 歩行	<input type="checkbox"/> 車いす		
		<input type="checkbox"/> 自分で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
		<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> きざみ食	<input type="checkbox"/> 嚥下食	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自分で	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
その他 特記事項(拘縮など)					
生活歴 (趣味、嗜好)	出来るだけ詳しくお書きください				
既往歴	過去の病気、怪我など				
認知症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				
	行動	攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有	(具体的内容 )
		自傷行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的内容 )
		徘徊	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的内容 )
		不潔行為	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的内容 )
		昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	(具体的内容 )
	その他 特記事項(コミュニケーションなど)				

②家族状況について

氏名	続柄	生年月日	住所	職業	電話

③ケアマネージャ及び居宅介護支援事業所

担当ケアマネージャー	居宅介護支援事業所

※次のような場合には、必ずご連絡下さるようお願いします。

- ・入居申し込み書に記載されている内容が変更になった場合
- ・担当ケアマネージャーが変わった場合
- ・他施設入所や死亡等により入居申し込みを取り消す場合