

**サービス付き高齢者向け住宅**  
**医療法人啓和会 メディカル・ケアメゾン小田本通り**  
**入居申込書**

申込書(連絡先)

住所	〒 <input type="text"/> - <input type="text"/>											
氏名	入居希望者 との関係 ( )											
連絡先	電話 ( )											
介護保険者 被保険者  フリガナ  氏 名  生年月日  性別  住所  要介護度  入居希望理由	<input type="text"/>						保険者	□川崎市 保険者番号				
	1. 明治 2. 大正 3. 昭和		年		月		日		(年齢	歳)		
	1. 男 2. 女		電話番号				( )					
	<input type="text"/>		<input type="text"/>									
	0. 要支援 1. 要介護1 2. 要介護2 3. 要介護3 4. 要介護4 5. 要介護5 6. 申請中 7. 不明		〔認定有効期間〕 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで									

**入居希望者の状況**

身体の状況  食事  排泄  入浴  着脱衣  移動  視力  聴力  言語	1 自立      2一部介助      3全介助		
	[食事の種類 □常食 □半粥 □全粥 □ミキサー ]		
	1 自立      2一部介助      3全介助		
	[おむつの使用 □なし □昼夜 □夜間のみ ]		
	1 自立      2一部介助      3全介助		
	1 自立      2一部介助      3全介助		
	1 自立      2一部介助      3全介助		
	[歩行 □つかまり歩き □杖使用 □車椅子 □ねたきり ]		
1 普通      2やや悪い      3人の動きがわかる程度			
1 普通      2やや悪い      3大声が聞き取れる [補聴器 □使用 □未使用]			
1 普通      2聞き取りにくい      3聞き取れない			

認知症等の 状　　況	<p>* 次のような行動がある場合は、すべてにチェックください。 (複数可)。</p> <table> <tbody> <tr><td>1 亂暴なふるまいを行う</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>2 自分の体を傷つける</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>3 火の不始末がある</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>4 家中や屋外をあてもなく歩き回る</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>5 興奮したり騒いだりする</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>6 不潔な行為がある</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>7 失禁する</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> <tr><td>8 その他</td><td><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td><input type="checkbox"/> 常にある</td></tr> </tbody> </table> <hr/> <hr/>	1 亂暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	4 家中や屋外をあてもなく歩き回る	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	7 失禁する	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある	8 その他	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																		
1 亂暴なふるまいを行う	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
2 自分の体を傷つける	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
3 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
4 家中や屋外をあてもなく歩き回る	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
5 興奮したり騒いだりする	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
6 不潔な行為がある	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
7 失禁する	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
8 その他	<input type="checkbox"/> 時々ある	<input type="checkbox"/> 常にある																																									
疾病の状況	<p>* 現在治療中の病気・今までかかった病気</p> <table border="1"> <thead> <tr><th>病　名</th><th>医療機関</th><th>治療中</th><th>既往症</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td>年 月～</td><td>年頃</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年 月～</td><td>年頃</td></tr> <tr><td></td><td></td><td>年 月～</td><td>年頃</td></tr> </tbody> </table>	病　名	医療機関	治療中	既往症			年 月～	年頃			年 月～	年頃			年 月～	年頃																										
病　名	医療機関	治療中	既往症																																								
		年 月～	年頃																																								
		年 月～	年頃																																								
		年 月～	年頃																																								
医療的処置	1 経管栄養 2 人口肛門 3 胃ろう 4 インシュリン注射 5 カテ一テル等 6 その他( )																																										
家 族 状 況	<table border="1"> <thead> <tr><th colspan="2">氏　名</th><th>性　別</th><th>年　齢</th><th>続　柄</th><th>同 居 別居</th><th>就労・健康・障害など 別居の場合は住所</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>主　な 介護者</td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr><td>1</td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td></td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> </tbody> </table>	氏　名		性　別	年　齢	続　柄	同 居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所	主　な 介護者		男・女			同・別		1		男・女			同・別		2		男・女			同・別		3		男・女			同・別		4		男・女			同・別	
	氏　名		性　別	年　齢	続　柄	同 居 別居	就労・健康・障害など 別居の場合は住所																																				
	主　な 介護者		男・女			同・別																																					
	1		男・女			同・別																																					
	2		男・女			同・別																																					
3		男・女			同・別																																						
4		男・女			同・別																																						

<p>現在利用している居宅サービス等 * 該当しているすべての数字に○をしてください。</p>	<p>居宅サービスを月に何回くらい利用していますか。</p> <p>1 訪問介護      2 訪問入浴介護      3 訪問看護      4 訪問リハビリテーション      5 居宅療養管理指導      6 通所介護      7 通所リハビリテーション      8 短期入所生活介護      9 短期入所療養介護      10 福祉用具に貸与・購入費支給      11 住宅改修費の支給      12 その他 ( )      13 利用していない      理由 ( )</p>	
担当ケアマネジャー	氏名	
	事業所名	
	電話番号	( )