

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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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	<input type="text"/>						保険者	□川崎市 保険者番号	
	フリガナ	<input type="text"/>						<input type="text"/>		
	氏 名	<input type="text"/>						<input type="text"/>		
	生年月日	1. 明治 2. 大正 3. 昭和 年 月 日 (年齢 歳)								
	性別	1. 男 2. 女		電話番号		()				
	住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>								
	要介護度	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								
入居希望理由	<input type="text"/>									
入 居 希 望 者 の 状 況										
身体状況	食 事	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]								
	排 泄	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]								
	入 浴	1 自立 2一部介助 3全介助								
	着脱衣	1 自立 2一部介助 3全介助								
	移 動	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]								
	視 力	1 普通 2やや悪い 3人の動きがわかる程度								
	聴 力	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]								
	言 語	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 style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">1 乱暴なふるまいを行う</td><td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> 時々ある</td><td style="width: 25%;"><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> </table> <hr/> <hr/>	1 乱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 乱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" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">病　名</th><th style="width: 25%;">医療機関</th><th style="width: 25%;">治療中</th><th style="width: 25%;">既往症</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 40px;"></td><td></td><td style="text-align: center;">年 月～</td><td style="text-align: center;">年頃</td></tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td><td></td><td style="text-align: center;">年 月～</td><td style="text-align: center;">年頃</td></tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td><td></td><td style="text-align: center;">年 月～</td><td style="text-align: center;">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	<p>1 経管栄養 2 人口肛門 3 胃ろう 4 インシュリン注射</p> <p>5 カテーテル等6 その他()</p>																																										
家　族　状　況	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 10%;"></th><th style="width: 30%;">氏　　　名</th><th style="width: 10%;">性　別</th><th style="width: 10%;">年　齢</th><th style="width: 10%;">続　柄</th><th style="width: 10%;">同　居 別　居</th><th style="width: 30%;">就労・健康・障害など 別居の場合は住所</th></tr> <tr> <td></td><td>主　な 介護者</td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>1</td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>2</td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>3</td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>4</td><td>男・女</td><td></td><td></td><td>同・別</td><td></td></tr> </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																																						

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。	居宅サービスを月に何回くらい利用していますか。	
	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 ()		
担当ケア マネジャー	氏 名	
	事業所名	
	電話番号	()