

# 入居申込書

介護付有料老人ホーム シャローム 御中

私は、以下のとおり入居を申込みいたします。 平成 年 月 日

申込者	フリガナ ..... 氏名 <span style="float: right;">㊟</span>	続柄	
	住所 〒		
	電話番号 - -	携帯電話 - -	

入居者	フリガナ ..... 氏名	性別 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日		歳
	住所 〒				<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居
	電話番号 - -				

介護度 申請中 / 要支援 [ 1 ・ 2 ] / 要介護 [ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ]

担当事業所	居宅支援事業所（または地域包括支援センター）	担当ケアマネジャー等
-------	------------------------	------------

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <span style="margin-left: 20px;">介護サービスの利用</span> <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
	<input type="checkbox"/> 施設 施設名	入所日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病院 病院名	入院日 年 月 日

入居希望 平成 年 月頃

病気の状況	かかりつけ医	
	現在治療中の病気	
	過去にかかった病気	

身体 の 状況	医療処置	インスリン・胃ろう・経鼻栄養・人工透析・在宅酸素・痰吸引・ペースメーカー・褥瘡			
	歩行	自立・手引き・手すり・杖・歩行器・車いす（自操 可・不可）・寝たきり			
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	常食・刻み食・ミキサー	治療食 有・無	
	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・人工肛門			
		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
		オムツ類 ..... なし ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ 尿取りパット			
入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	個人浴 ・ 機械浴			
認知症状	有・無	「有」の場合の主な症状 物盗られ妄想 ・ 作話 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 情緒不安定 徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 暴言 ・ 暴行 ・ 不眠 ・ 異食 昼夜逆転 ・ 不潔行為 ・ 介護抵抗 ・ 性的行動 その他（ ）			

家族構成	配偶者 有 ・ 無	兄弟姉妹 名	子供 名
------	-----------	--------	------