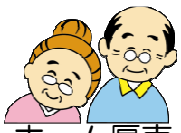
# 社会福祉法人むべの里
# 有料老人ホーム厚南　仮入居申し込み書



事業所名：むべの里有料老人ホーム厚南

【申し込み者】　　平成　　年　　月　　日

| | | |
|---|---|---|
| ふりがな | | 対象者との続柄 |
| 氏　　名 | | |
| 住　　所 | 〒 | |
| 連　絡　先 | TEL<br>FAX | (携帯) |
| どこで当施設をお知りになりましたか？ | □病院　□居宅介護支援事業所・ケアマネ　□介護事業所<br>□市役所・包括支援センター　□新聞広告・チラシ<br>□インターネット　□知人　□その他（　　） | |

【入居対象者】

| | | | |
|---|---|---|---|
| ふりがな | | 性別 | 生　年　月　日 |
| 氏　　名 | | 男・女 | 明・大・昭　　年　　月　　日<br>（　　歳） |
| 住　　所 | 〒<br>電話番号（　　）　　－ | | |
| 要介護認定 | □要支援（　）　□要介護1　□要介護2　□要介護3　□要介護4　□要介護5　□未申請　□申請中 | | |
| 現在利用中のサービス・施設・病院 | サービス・施設・病院名<br>（　　） | 担当者名<br>（　　） | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 収入状況 | 年金収入　月額（　　）　その他収入　月額（　　） | | |
| 生活保護受給 | □　無し　□　有り | ケースワーカー | |
| 利用料等の支払い予定者 | □本人（全部　・　一部）　□縁故者（全部・一部）⇒　続柄 | | |
| | 上記縁故者 | 住所 | |
| | | 氏名 | |
| | | 職業 | |
| 家族の状況 | | | |
| 居宅介護支援事業所 | 事業所名 | TEL | |
| | 担当者 | | |

【健康状態】

| | | | |
|---|---|---|---|
| かかりつけ医 | ① | 主治医 | |
| | ② | 主治医 | |
| | ③ | 主治医 | |
| 医師からの告知<br>病名 | | | |
| 障害手帳の有無 | □ 無し　　□有（　　） | | |
| 既往歴 | | | |
| 特別な医療の有無 | □なし　□あり⇒　□経管栄養　□カテーテル　□IVH　□皮膚疾患<br>□点滴の管理　□酸素療法　□MRSA　□インシュリン | | |
| アレルギー | □ 無　　□ 有　（薬物　　）（食物　　） | | |
| 精神疾患 | □ 無　　□ 有　（病名　　）（症状　　） | | |
| 歩行 | 自立・一部介助・全介助 | 補助用具 | 杖・歩行器・車いす（自走可・不可） |
| 起立 | 自立　・つかまり立ち　・一部介助　・全介助 | | |
| 食事 | 自立・一部介助・全介助 | 食事形態 | 普通・一口大・刻み・ペースト |
| 排泄 | 自立・一部介助・全介助 | 排泄形態 | トイレ・簡易トイレ・尿器・おむつ |
| 着脱衣 | 自立　・一部介助　・全介助 | | |
| 入浴 | 自立　・一部介助　・全介助 | | |
| 洗濯 | 自立　・一部介助　・全介助 | | |
| 視力 | 普通　・見えにくい　・　見えない（右・左） | | |
| 聴力 | 普通　・聞こえにくい　・聞こえない（右・左） | | |
| 意思疎通 | 普通　・やや不自由　・不自由 | | |
| 認知状態 | 問題なし　・物忘れ　・認知症症状あり（　　） | | |
| 問題行動 | | | |
| 入居理由 | | | |
| 備考 | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 受付者 | | 記入者 | |
| 入居の可否 | 入居（　　）　年　月　日 | | |
| その後の状況 | □待機中<br>□別施設入居（　　）　年　月　日<br>□その他 | | |