

お申込み前にご確認ください。

・大声や暴力行為等により集団生活が困難と思われる際、又はご対応できる介護・医学的管理対象外の方は入居できない場合がございます。

※最終入居受入判断は、ご本人様面会又は準ずる手段で状態・状況確認後の入居判定会議となります。

・虚偽があった場合は、入居をお断り、退居して頂く場合がございます。

・終身契約施設となることから、通常先の入居可能時期は予測が困難となります。空き状況につきましては都度お問い合わせください。

**【入居申込書】※必須**

申込日 年 月 日

入居ご希望者氏名	性別 ( <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 )
生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (年齢 )
現住所	
要介護認定情報 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 ) 要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) <input type="checkbox"/> 非該当	
申請中 ( <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 / 付 ) <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 不明	
認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
身元引受人氏名	性別 ( <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 ) 続柄： ( )
生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (年齢 )
現住所	
連絡先 ① - - ② - -	
入居申込者 (ご入居に至るまでのご相談者)	
<input type="checkbox"/> 身元引受人と同じ	
<input type="checkbox"/> 身元引受人とは別 氏名	続柄： ( )
連絡先 ① - - ② - -	
お電話相談希望日	第一希望 / 時間 : ~
※9:00~17:00 (日祝日除く)	第二希望 / 時間 : ~
生活状況 <input type="checkbox"/> 親族と同居 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> その他 ( )	
入居 (申込) 希望の理由 ※複数回答可	
<input type="checkbox"/> 自宅での介護が難しい。 <input type="checkbox"/> 病院が目の前にあって安心だから。	
<input type="checkbox"/> 家が近い。 ( <input type="checkbox"/> ご本人が <input type="checkbox"/> 身元引受人が <input type="checkbox"/> その他 : )	
<input type="checkbox"/> 紹介 ( <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 知人 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 : )	
<input type="checkbox"/> その他の理由 ( )	
入居の希望時期 <input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 1~2か月後 <input type="checkbox"/> しばらく未定	
コメント (自由欄) :	

## 【入居希望者情報】

入居受入判断の参考にさせていただきます。ご不明な点や詳細につきましては、お電話相談の際にご確認させていただきます。（事前にご回答いただけますとお電話相談時間の短縮と、より具体的なサービス内容・費用等のご説明が可能です。） ※可能な範囲でお答えください。

現在の状況

<input type="checkbox"/> 在宅	
<input type="checkbox"/> 病院入院中 病院名： ※ <input type="checkbox"/> 退院予定あり（ 年 月 日）	病名： <input type="checkbox"/> 退院日未定
<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名： ※ <input type="checkbox"/> 退所予定あり（ 年 月 日）	<input type="checkbox"/> 退所日未定

健康状態

かかりつけ医	<input type="checkbox"/> あり 病院名： 主治医：
	<input type="checkbox"/> なし 病院名： 主治医：
既往歴	
医療等行為	<input type="checkbox"/> 処置等なし <input type="checkbox"/> 透析（ 回/W） <input type="checkbox"/> 酸素療法（ ℓ） <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> インシュリン（ 回/日） <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 感染症：（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（ ）

身体・認知機能

食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助（ ）
移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> テープ止めオムツ <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> その他（ ）
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助（ ）
理解力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや問題あり <input type="checkbox"/> 大きく問題あり
行動面	<input type="checkbox"/> 対応が必要な問題行動なし <input type="checkbox"/> 意味不明なことで大声を出す <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 過度な帰宅願望 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 意味なく同じ話を繰り返す <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他問題行動（ ）

介護保険等サービス 利用中 利用なし

ケアマネージャー事業所名：	ご担当者氏名：		
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> デイケアサービス（通所リハビリ）	<input type="checkbox"/> デイサービス（通所介護）	
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> ヘルパーサービス（訪問介護）		※ <input type="checkbox"/> 身体介護	<input type="checkbox"/> 生活援助
<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル ・購入	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介護ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
<input type="checkbox"/> その他サービス（ ）			

コメント（自由欄）：

--