

社会福祉法人 合掌苑
アシステッドナーシング『輝の杜』
入居申込書

令和 年 月 日

ご希望フロア	第1希望	階	号室	□ ご指定なし					
	第2希望	階	号室						
フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			年齢	歳	
お客様名	様		生年 月日	年 月 日生					
ご住所 介護保険書証の 住所	〒 - 都 県 区 市								
	道 府 郡								
マンション名・ビル名・部屋番号等									
状 況	介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5							
		<input type="checkbox"/> 認定無 <input type="checkbox"/> 申請中 (認定予定日:平成 年 月 日頃)							
以前の病院 施設等の連絡先									
ご家族様以外で、 お客様の状況がわか る方の連絡先	ケアマネジャー、主治医、施設等の連絡先								
備 考									
1	フリガナ			男女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			年齢	歳
	連帯保証人様 お名前	様		続柄	生年 月日	年 月 日生			
	勤 務 先	名称				所属部署			
		役職			TEL			FAX	
	ご 住 所	〒 - 都 県 区 市							
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社	道 府 郡							
	マンション名・ビル名・部屋番号等								
ご連絡先	自 宅				連絡可能な時間帯		時 ~ 時		
	携 帯				連絡可能な時間帯		時 ~ 時		
	緊急連絡先								
2	フリガナ			男女	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和			年齢	歳
	連帯保証人様 お名前	様		続柄	生年 月日	年 月 日生			
	勤 務 先	名称				所属部署			
		役職			TEL			FAX	
	ご 住 所	〒 - 都 県 区 市							
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 会社	道 府 郡							
	マンション名・ビル名・部屋番号等								
ご連絡先	自 宅				連絡可能な時間帯		時 ~ 時		
	携 帯				連絡可能な時間帯		時 ~ 時		
	緊急連絡先								
お客様もしくは、連帯保証人様サイン					印	管理者印	担当者印		

*この書類と健康診断書をお預かりの後、入居の判断をご連絡申し上げます。なお情報に関しましては厳密に守秘を遵守いたします。

現在の生活のご様子

*ご存知の範囲でご記入下さい。

要介護度		要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
食事	種類	常食	軟食	きざみ食	流動食		
	介助	自立		一部介助		全面介助	(部分入歯・総入歯)
	排泄	自立		一部介助		全面介助	(オムツ・ポータブルトイレ・紙パンツ)
	起立	自立		一部介助		全面介助	手すりなど利用している
	歩行	自立		一部介助		全面介助	車椅子使用(他 杖)
	入浴	自立		一部介助		全面介助	
	着衣着脱	自立		一部介助		全面介助	
	聴力	正常範囲	大きな声で聞こえる			失聴	(補聴器 有・無)
	視力	正常範囲	低下(右・左・両方)			失明	(メガネ 有・無)
	睡眠	良眠	浅い眠り			不眠症	睡眠薬あり
	健康状態	良好	大病はないが体は弱い		病気がちである		
	アレルギー	なし	有り(食べ物 薬 他)				
	身長・体重	身長	cm	体重	kg	体重変動	減 kg 増 kg (/ から比べて)
	意思表示	正常範囲	基本的欲求のみ		困難		
	話の理解	正常範囲	まれに理解		困難		
	運動障害	なし	軽度麻痺有り		完全麻痺 (部位)		
	精神機能	正常範囲	意欲の低下		()		
行動・心理状態		アルツハイマー型認知症 脳血管性認知症 その他					
		物忘れ・場所と時間が分からない・昼夜逆転・興奮・幻覚・妄想(物盗られ・被害)					
		暴力・徘徊 その他の症状()					
		お困りのこと:					
皮膚所見	湿疹の有無	(有・無)		有の場合、場所()			
	皮膚のかゆみ	(有・無)		有の場合、場所()			
	とこずれの有無	(有・無)		有の場合、場所()			
家族の同意	全員同意	一部同意		差し支えない範囲で反対者の続柄・反対内容をご記入ください。			
いままでのお仕事	会社名、仕事内容(技術職、経理、専業主婦など)できるだけ具体的にご記入ください。						
毎日の習慣やこだわり							
お酒	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む:種類		量/1日				
タバコ	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う:銘柄		本/1日				
好きな活動・趣味:							
宗 教:							
鶴の苑での生活に対するご希望をご記入ください。:							

ご記入者

様