セカンドホームほのか　入居申込書

受付職員名	
申込日	令和　　年　　月　　日

申込者（連絡先）　　2019年11月22日改定

〒　　－		
住所　：		
フリガナ 氏名　：	続柄	
自宅　：　　携帯　：		

入居希望者の状況	フリガナ		性　別	要介護度	1　・　2　・　3　・　4　・　5
	氏　名		男・女		
	生年月日	明治 大正　　年　　月　　日（　　歳） 昭和		生活保護	□　受給有り　　□　受給なし
	住　所	〒　　－			
	生活状況 現況	□自宅で一人暮らし　□自宅で家族と暮らしている　□病院や特養などの施設に入っている ※病院や施設に入っている方は以下を記入してください ◇病院又は施設名：　　所在地（市町村名のみ）： ◇入院又は入所時期：　平成　　年　　月から入院・入所している			
	医療の状況	□　経管栄養　□　胃ろう　□　在宅酸素　□　インシュリン注射　□その他（　　） 【現在治療中の病気・特記事項等】			
		医療機関名： 入居した場合、施設提携医院への変更を希望する：　□はい　□いいえ　□どちらでもよい			
	在宅サービスの利用状況	居宅介護支援事業所名		介護支援専門員 （ケアマネージャー）	
		入居した場合、居宅介護事業所の変更を希望する：　□はい　□いいえ　□どちらでもよい			
		□通所介護（デイサービス）　［月に　　回程度］　□短期入所介護（ショートステイ）　［月に　　回程度］ □訪問介護　［月に　　回程度］　□訪問入浴介護　［月に　　回程度］　□訪問看護　［月に　　回程度］ □福祉用具貸与　□通所リハビリテーション［月に　　回程度］　□訪問リハビリテーション　［月に　　回程度］			
	食事提供	□　自立　□　一部介助　□　全介助			
	排　泄	□　自立　□　一部介助　□　全介助　「おむつの使用」□紙パンツ　□パッド　□オムツ昼夜　□オムツ夜のみ			
	入　浴	□　自立　□　一部介助　□　全介助			
	移　動	□　自立　□　つかまり歩き　□　杖　□　歩行器　□　車イス　□　寝たきり			
	更　衣	□　自立　□　一部介助　□　全介助			
	視　力	□　普通　□　見えにくい　□　見えない			
	聴　力	□　普通　□　聞こえにくい　□　聞こえない			
	言　語	□　普通　□　聞き取りにくい			
	認知症	□　アルツハイマー型　□　脳血管性認知症　□　レビー小体型認知症　□　前頭側頭型認知症			
	申込状況	□当該施設のみの申込　　□うちくるの別施設でも入居可能（　　） 【ご希望状況】：□入居を正式に希望します　□他施設含め検討したい　□連絡して欲しい（　　月　　日頃）			

自由記入欄（申込者と身元引受人が異なる場合は身元引受人の氏名・住所・連絡先・続柄をご記入ください）