

うちくる金沢大友 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	続柄	
氏名 :		
自宅 :	携帯 :	

	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	<input type="checkbox"/> 受給有り <input type="checkbox"/> 受給なし	
	住 所	〒 -			
入居希望者の状況	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> 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： <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> どちらでもよい			
		<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 短期入所介護（ショートステイ） [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション [月に 回程度]			
	食事提供	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 「おむつの使用」 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> オムツ昼夜 <input type="checkbox"/> オムツ夜のみ			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない			
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい			
	認知症	<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性認知症 <input type="checkbox"/> レビー小体型認知症 <input type="checkbox"/> 前頭側頭型認知症			
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> うちくるの別施設でも入居可能 (_____) 【ご希望状況】： <input type="checkbox"/> 入居を正式に希望します <input type="checkbox"/> 他施設含め検討したい <input type="checkbox"/> 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）