

入居申込書

I D 番号 : H 年 月 日 受付者

入居判定日	H 年 月 日	判定結果		理由	
入居年月日	H 年 月 日	時 分	フロア	階	号室
ふりがな 入居者氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭	年 月 日 () 歳
住所	〒 ー		電話番号	()	
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 (<input type="checkbox"/> 家 <input type="checkbox"/> 本 / <input type="checkbox"/> 1 割 <input type="checkbox"/> 2 割 <input type="checkbox"/> 3 割) <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 身障手帳 級 (障害者名 :) <input type="checkbox"/> 重度障害				
介護保険 負担割合 限度額認定	<input type="checkbox"/> 要支援 1 <input type="checkbox"/> 要支援 2 <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 有効期限 (H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 1 割 <input type="checkbox"/> 2 割 <input type="checkbox"/> 3 割 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 第 3 段階 <input type="checkbox"/> 第 2 段階 <input type="checkbox"/> 第 1 段階)				
家族連絡先 ①	しめい 氏名	続柄	勤務先		
	住所		自宅	()	
家族連絡先 ②	しめい 氏名	続柄	勤務先		
	住所		自宅	()	
家族構成	キーパーソン :		出身地		
			職業		
			趣味		
			性格		
			生活歴		
かかりつけ病院			入居後の主治医	<input type="checkbox"/> パークヒル病院希望	
かかりつけ病院				<input type="checkbox"/> その他の病院希望 ()	
居室・担当 CM			紹介元		
主病名			既往歴		
感染症	HB s () HCV () MRSA () ワ氏 () その他 :				
肺炎球菌 ワクチン	<input type="checkbox"/> 接種済み : 年 月 日 接種 <input type="checkbox"/> 未接種 :				
申込み理由					
今後の希望	<input type="checkbox"/> 入所可能な限り入居したい <input type="checkbox"/> 他施設へも申込み中 (<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 他有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 今後検討予定				

				【備考】		
日常生活動作	麻痺	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢				
	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子（自走： <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能） <input type="checkbox"/> ストレッチャー				
	移乗	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	嚥下障害	<input type="checkbox"/> あり（とろみ： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） <input type="checkbox"/> なし		エプロン：使用・不使用	
		摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 胃瘻			
		義歯	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯： <input type="checkbox"/> 上・ <input type="checkbox"/> 下）			
	食事形態	治療食	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> なし		Kcal	
		主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー <input type="checkbox"/> むすび			
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> ミキサー			
		汁物	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ			
		飲み物	<input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> りんごジュース <input type="checkbox"/> ヨーグルト			
		アレルギー	<input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> なし			
		更衣	着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		排泄	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明瞭		
	便意		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明瞭			
	排泄動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	排泄手段		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> バルン <input type="checkbox"/> 人工肛門			
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングのみ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
		<input type="checkbox"/> 個浴 <input type="checkbox"/> チェアー浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> ストレッチャー浴				
	視覚聴覚	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 不明			
聴力		<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 不明				
意思伝達		<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> いくらか困難 <input type="checkbox"/> 具体的欲求のみ <input type="checkbox"/> 伝えられない				
認知機能	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 大声・奇声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 転倒転落 HDS-R 点（H 年 月 日） Nsコール使用（ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可）				
希望部屋	<input type="checkbox"/> 海側 <input type="checkbox"/> 海側以外 <input type="checkbox"/> 指定しない		体格	cm Kg（ / ）		
障害老人の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
情報保護	面会・問い合わせ： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 居室ネーム： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 写真展示： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可					
洗濯	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 苑対応 苑で洗濯が不可なもの（ <input type="checkbox"/> ）					
物品貸出	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> Pバー <input type="checkbox"/> 体圧分散マット <input type="checkbox"/> エアマット					
本人・家族の要望						