

入居申込書

ID番号： R 年 月 日 受付者

入居判定日	R 年 月 日	判定結果		理由	
入居年月日	R 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	〒 —		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 (R 年 月 日 ~ R 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	
			喫煙歴： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	飲酒歴： <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	
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 ()
居宅・担当CM				紹介元	
主病名			病歴		
感染症	HBs () HCV () MRSA () ワ氏 () その他：				
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし				
ワクチン接種	肺炎球菌：R 年 月 日接種 新型コロナワクチン：R 年 月 日 (1回目)、R 年 月 日 (2回目)、R 年 月 日 (3回目) R 年 月 日 (4回目)、R 年 月 日 (5回目)、R 年 月 日 (6回目)				
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				

		【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	
		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"/> なし	
		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	
	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				
認知機能	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（ 年 月 ） 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（ ）			
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				