

住宅型有料老人ホーム刈谷荘、刈谷荘ついじホーム
入居申込書兼体験入居申込書

申込書記入者氏名

印

□住宅型有料老人ホーム刈谷荘、□刈谷荘ついじホームに入居したいので下記のとおり
申し込みます。 ※入居希望施設に☑をお願い致します。

		申込年月日： 令和 年 月 日						
フリガナ						性別	生年月日	
氏名						男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)	
本人住所	郵便番号		-		電話番号 () -			
家族住所	郵便番号		-		電話番号 () - 携帯電話 () -			
介護保険 被保険者番号						保険者名		
要介護認定	<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							
	認定期間： 年 月 日 ~ 年 月 日							
担当の居宅介 護支援事業所	電話番号 () -					担当者		
健康保険	種類							
年金	種類							
(介護予防) (居宅介護) 支援事業者	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他()							
現在住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 短期入所(施設名：) <input type="checkbox"/> 老人保健施設(施設名：) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名：) <input type="checkbox"/> その他()							
家族等の状況	家系図		同居者氏名	続柄	年齢	職業	備考(健康状態等)	
主たる介護者	フリガナ				性別	続柄	生年月日	
	氏名				男・女		年 月 日生 (歳)	
	住所	郵便番号		-		要介護認定の有無		有 ・ 無
		電話番号 () -		-		要介護状態区分		
	同居区分		<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					
申込者との関係		<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()						

医療状況	【既往歴】		【現病】	
	感染症		主治医	病院名： 担当医：
	服薬	有・無		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 尿カテーテル <input type="checkbox"/> 膀胱ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他（ ）			
障害の手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 精神障害者手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 療育手帳（ 級） <input type="checkbox"/> 持っていない			
認知症等による症状	<input type="checkbox"/> 該当なし			
	<input type="checkbox"/> もの忘れ <input type="checkbox"/> 見当識障害（月日、時刻、季節などの把握） <input type="checkbox"/> 判断力・理解力の低下 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 金銭管理 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> せん妄（意味不明な言動） <input type="checkbox"/> 被害などの妄想（思い込み） <input type="checkbox"/> 幻覚幻聴（実在しないものが見える・聞こえる） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	（行動障害の起きる頻度） <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度			
入居に対しての本人の意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 入居を希望していない <input type="checkbox"/> 不明			
生活歴	【入所申込者の生育歴、職業、趣味活動等（箇条書きで結構です）】			
介護者の状況 入所希望理由 (複数記入可)	<input type="checkbox"/> 主たる介護者がいない			
	<input type="checkbox"/> 介護するものが遠距離に住む、又は入院しており介護が望めない			
	介護者の就業状態 <input type="checkbox"/> 高齢、障害、疾病等があり就業できない <input type="checkbox"/> フルタイムで就業している <input type="checkbox"/> パートで就業している <input type="checkbox"/> 就業していない			
	介護者の育児看病状態 <input type="checkbox"/> 常時の子育てや他者の看病・介護をしている <input type="checkbox"/> 随時の子育てや他者の看病・介護をしている <input type="checkbox"/> 子育てや看病・介護はしていない			
	介護者以外の協力体制 <input type="checkbox"/> ほとんどなし <input type="checkbox"/> 随時あり <input type="checkbox"/> 常時あり			
	<input type="checkbox"/> 現在入院（入所）している病院や老健等から退院（退所）を求められている			
	【その他、具体的な入居希望がありましたらお書きください】			

【申込者の身体機能】

体 格	1. 大 2. 中 3. 小 身長 (c m) 体重 (k g)	
麻 痺	1. なし 2. あり (全身・右側・左側・上肢・下肢)	
拘 縮	1. なし 2. あり (全身・右側・左側・肩・脇・肘・手・股・膝・足)	
床 ず れ	1. なし 2. あり (部位:)	
視 力	1. 普通 (生活上の支障がない) 2. 少し見える 3. 全盲	
聴 力	1. 普通 (生活上の支障がない) 2. やや遠い (補聴器: 有・無) 3. 不能	
言 語	1. 普通 2. 少し不自由 3. 不自由	
動悸・息切れ	1. なし 2. あり ()	
移 動	1. 自立 2. 一部介助 (杖・歩行器・シルバーカー・車いす) 3. 不能	
座 位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
立 位	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
寝 返 り	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
更 衣 着 脱	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
行 動 範 囲	1. 制限無し 2. 家の庭程度 3. 家の中 4. 本人居室内 5. ベッド	
意 思 疎 通	1. 通じる 2. ある程度通じる 3. ほとんど通じない	
食 事	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助 4. 経管栄養 (回/日・ cc・ kcal)	
	主 食	1. 常食 2. 粥 3. ミキサー
	副 食	1. 常食 2. 刻み 3. 極刻み 4. ミキサー
	摂 取 状 況	1. 問題なし 2. むせやすい 3. 呑み込みが悪い 4. その他()
	嗜 好	制限など (有・無) (カロリー制限:) (塩分制限:) (水分制限:) (その他:)
	義 歯	1. なし 2. あり (上・下)
排 泄	1. 自立 2. 一部介助 (要誘導) 3. 全介助 (ポータブルトイレ・便尿器・紙パンツ・リハビリパンツ・尿取りパット・夜間のみみツ・昼夜みツ・カテテル)	
入 浴	1. 自立 (一般浴) 2. 一部介助 (一般浴・特浴) 3. 全介助 (特浴)	
整 容	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	
洗 濯	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助	

金銭管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助
服薬管理	1. 自立 2. 一部介助 3. 全介助

情報提供の 同意	<p>住宅型有料老人ホーム刈谷荘、刈谷荘ついじホームの入居手続きを行うにあたり 申込者及びその家族の個人情報の提供に同意いたします。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p><入居申込者> 氏名 _____ 印</p> <p><家族代表者> 氏名 _____ 印</p>
-------------	--

入居時に持参して頂きたい物

1. 認印
2. 介護保険証
3. 健康保険証
4. 身体障害者手帳（お持ちの方）
5. 福祉給付金資格者証（お持ちの方）
6. 車椅子用クッション、体位交換用クッション（必要な方）
7. 歯ブラシ、歯磨き粉（歯のある方）
8. 歯磨き用コップ
9. 入れ歯ケース、洗浄剤
10. パジャマ 2～3組
11. 靴（室内用、外履き用） 各1足
13. 靴下、下着 3～4組
14. 日常着（動きやすい物） 3～4組
15. 上記以外で日常使用している物
（車椅子、装具、杖、ポータブルトイレ、時計など）
16. 看護サマリー（お持ちの方）
17. 診療情報提供書（お持ちの方）
18. 現在服用している薬（14日分を持参して下さい）

※持ち物には、氏名を記入してください。

※入居日当日にご契約致します。

・住宅型有料老人ホーム 刈谷荘

TEL 0566-45-6670

・住宅型有料老人ホーム

刈谷荘ついでホーム

TEL 0566-24-5677