

ケアハウス入居申込書

ケアハウス神戸垂水ちどり 施設長 様

申込者

氏 名

印

住 所

電 話

()

続 柄

本人・ご家族()

利用者	フリガナ		男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	
	氏 名	印		要介護認定	未・自立・要支援・1・2・3・4・5	
	住 所			配偶者	有り・無し	
	電 話			介護支援事業所名		
身元引受人	フリガナ		続柄	住 所		
	氏 名	印		()	電 話	
				担当ケアマネジャー		

※身元引受人の選任が困難な場合はご相談ください。

現在の居所(生活の場所) ①在宅 ②病院入院中 ③他の施設等(施設名)						
受療状況	主治医 無 ・ 有() 電話 ()					
	病名 () 既往症()					
	①往診 ・ 定期 ・ 不定期					
	②通院 ・ 定期 ・ 不定期					
	③服薬のみ					
心身状況	④受けていない					
	①歩行 ・ 全介助 ・ 一部介助 ・ 自力()					
	②介助を要する動作 無 ・ 有(排泄 ・ 食事 ・ 入浴 ・ 着替)					
	③認知症 無 ・ 有					
保険の種類	④その他気になること()					
	社保(本人) ・ 社保(家族) ・ 国保(本人) ・ 国保(家族) ・ 自費 ・ 生保 ・ その他					
収入	年金種類() 年金額(円) その他収入() 年額(円)					
身障手帳	無し ・ 有り(種 級) 肢 ・ 視 ・ 聴 ・ 内 ()					
家族等の状況	氏 名	続 柄	生年月日	住 所	〈家族関係:図〉	
施設利用に関すること	利用料等の支払い		①本人が支払う			
			②一部家族等が支払う 支払う家族等			
			③全額家族が支払う お名前: 続柄()			
	施設への希望		ご本人:			
ご家族:						

A D L の 状 況

氏名()

記録担当者()

年 月 日 現在

既往歴・ 現病歴等		既往歴	
		現病歴	
		特別な医療	☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 在宅酸素 ☐ インシュリン注射 ☐ その他()
		特記事項	
歩行		独歩・杖使用・歩行器使用・シルバーカー使用	
		特記事項	
移動・ 移乗等		車椅子	(自立・見守り・一部介助・全介助)
		移乗	(自立・見守り・一部介助・全介助)
		立ち上がり	(自立・見守り・一部介助・全介助)
		特記事項	
排泄		自立・声掛け・見守り・一部介助誘導(昼間・夜間)・全介助(昼間・夜間)	
		尿意	(有・無)
		便意	(有・無)
		特記事項	
衣類の 着脱		自立・声掛け・見守り・一部介助誘導・全介助	
		特記事項	
入浴		自立・声掛け・見守り・一部介助誘導・全介助	
		特記事項	
会話		意思疎通	(概ね可能・何とか可能・不可能)
		特記事項	
食事		自立・声掛け・見守り・一部介助誘導・全介助	
		糖尿食・減塩食	
		特記事項	
精神状態		記憶障害	有()・無
		見当識障害	有()・無
		被害妄想	有()・無
		帰宅願望	有()・無
		特記事項	
その他の 対応方法			