

「サンヒルズ八景 1 番館」入居希望申込書

申込日： 年 月 日

◆ 申込者

フリガナ			
氏名		続柄	
住所	〒 -		
電話番号	() -	(携帯番号)	- -
紹介者名	病院・事業所名		電話番号
			() -

◆ 入居希望者

フリガナ			
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)
住所	〒 -		
電話番号	() -	(携帯番号)	- -
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦だけの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅又は自宅以外で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名)		
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <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		
入居希望時期	早急 : 年 月頃		

◆ 入居申込理由

あてはまる項目に☑してください。(複数可)

<input type="checkbox"/> 入居により安心した生活を送りたい
<input type="checkbox"/> 介護する者がいない
<input type="checkbox"/> 介護する者が高齢・障害・疾病等により十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護する者が就労しており、昼間独居となるため十分な介護が困難
<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく介護ができない
<input type="checkbox"/> 介護する者が、遠方に居住していることにより介護ができない
<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護ができない(狭い・改修不可など)
<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での生活が困難
<input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが十分でない(夜間訪問介護など)
<input type="checkbox"/> その他の理由 ()

※ 先着順ではございません。

ご入居に関しましては、ご希望に添えない場合もございますのであらかじめご了承ください。

◆ 身体・生活の状況

健康状態	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 疾患は落ち着いている <input type="checkbox"/> たまに悪い場合がある <input type="checkbox"/> 現在通院中()			
身体状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 身体に痛みがある() <input type="checkbox"/> 病気がちである			
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> その他()			
物忘れ	<input type="checkbox"/> 物忘れはない <input type="checkbox"/> 時々、忘れることがある <input type="checkbox"/> 忘れることが多い			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他()	
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄形態	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> その他()	
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			
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 見えない	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい(右・左) <input type="checkbox"/> 聞こえない	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> その他()			
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部援助があればできる		<input type="checkbox"/> できない	
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部援助があればできる		<input type="checkbox"/> できない	
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部援助があればできる		<input type="checkbox"/> できない	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 援助があればできる		<input type="checkbox"/> できない	
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 援助があればできる		<input type="checkbox"/> できない	
アルコール	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない			
喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 本)			

◆ 医療の状況

	疾患名	医療機関 (主治医)	電話番号	服薬
現在 治療中				有・無
				有・無
				有・無
既往歴 入院歴				
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他()				

◆ 在宅サービスの利用状況

<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他()			
介護 相談窓口	担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名	電話番号
【介護上の悩み・困っていること】			