

「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	〒 ー		
電話番号	() ー (携帯番号) ー ー		
紹介者名		病院・事業所名	電話番号
			() ー

◆ 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	☐ 一人暮らし ☐ 夫婦だけの世帯 ☐ 自宅又は自宅以て家族と同居 ☐ 施設に入所中 (施設名) ☐ 病院に入院中 (病院名)				
要介護度	☐ 自立 ☐ 要支援 1 ☐ 要支援 2 ☐ 要介護 1 ☐ 要介護 2 ☐ 要介護 3 ☐ 要介護 4 ☐ 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)

☐ 入居により安心した生活を送りたい
☐ 介護する者がいない
☐ 介護する者が高齢・障害・疾病等により十分な介護が困難
☐ 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
☐ 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
☐ 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
☐ 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）
☐ 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
☐ 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）
☐ 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。

※ 介護保険証と負担割合証のコピーを添えてご提出ください。

◆ 身体・生活の状況

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

◆ 医療の状況

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

◆ 在宅サービスの利用状況

☐ 訪問介護 ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ショートステイ ☐ 訪問看護 ☐ 福祉用具 ☐ 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】			