

## 住宅型有料老人ホーム サンケア杜の里 入居申込書

令和 年 月 日

住宅型有料老人ホーム サンケア杜の里 施設長 殿

氏名

続柄

【申込者】

住所

電話番号

携帯番号

下記の通り、住宅型有料老人ホーム サンケア杜の里に入居申込いたします。

|                                                 |                                                   |                |             |                                         |  |             |  |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------------|----------------|-------------|-----------------------------------------|--|-------------|--|
| フリガナ                                            |                                                   | 性別             |             | 男・女                                     |  | 要介護度        |  |
| 入居希望者<br>氏名                                     |                                                   | 生年月日           |             | T・S                                     |  | 年 月 日 歳     |  |
| 住所                                              |                                                   | 〒              |             | 電話番号                                    |  |             |  |
| ご家族<br>代表者                                      | 氏名                                                | 続柄             |             | 携帯番号                                    |  |             |  |
|                                                 | 住所                                                | 〒              |             | 電話番号                                    |  |             |  |
| 現在、担当の<br>ケアマネジャー                               |                                                   | ①いる(↓)         |             | ②いない                                    |  |             |  |
|                                                 |                                                   | 事業所名           |             | 担当者名                                    |  |             |  |
| 現在の状況                                           |                                                   | ①自宅にいる         |             | [ 独り暮らし ・ ご家族と同居 ]                      |  |             |  |
|                                                 |                                                   | ②施設・病院にいる      |             | 施設・病院名 [ ]                              |  |             |  |
|                                                 |                                                   | 入居・入院期間        |             | [ 年 月 日 ~ ]                             |  |             |  |
| 上記で①自宅にいるの<br>場合<br>在宅サービスの<br>利用状況を<br>ご記入ください |                                                   | ①訪問介護( 日/週)    |             | ②訪問看護( 日/週)                             |  | ③訪問入浴( 日/週) |  |
|                                                 |                                                   | ④デイサービス( 日/週)  |             | ⑤デイケア( 日/週)                             |  |             |  |
|                                                 |                                                   | ⑥ショートステイ( 日/月) |             | ⑦その他( )                                 |  |             |  |
| 食事                                              | 自立<br>箸                                           | 一部介助<br>スプーン   | 全介助<br>フォーク | 主食(常飯 軟飯 お粥 ミキサー)<br>副食(常菜 軟菜 きざみ ミキサー) |  |             |  |
| 排泄                                              | 自立                                                | 一部介助           | 全介助         | 布パンツ ハット 紙パンツ オムツ                       |  |             |  |
| 入浴                                              | 自立                                                | 一部介助           | 全介助         | 一般浴 機械浴( 座位 臥床 )                        |  |             |  |
| 移動                                              | 自立                                                | 一部介助           | 全介助         | 自立 杖 歩行器 車椅子                            |  |             |  |
| 認知症                                             | 無 ・ 有 [ 脳血管性 アルツハイマー レビー小体型 その他 ]                 |                |             |                                         |  |             |  |
|                                                 | 【症状】 物忘れ 徘徊 介護抵抗 暴言・暴力 妄想<br>幻視・幻聴 不潔行為 火の不始末 その他 |                |             |                                         |  |             |  |
| かかりつけ医                                          |                                                   |                |             |                                         |  |             |  |
| 病歴                                              |                                                   |                |             |                                         |  |             |  |
| 介護で<br>お困りのこと                                   |                                                   |                |             |                                         |  |             |  |

※申込の際は介護保険被保険者証・介護保険負担割合証の写しを一緒にご提出ください。

受付者

〈事務処理欄〉 ※スタッフ記入欄

|     |      |     |     |      |     |
|-----|------|-----|-----|------|-----|
| 受付日 | アセス日 | 契約日 | 入居日 | PC登録 | その他 |
| /   | /    | /   | /   |      |     |