

ケアハウスゆりの里 入居申込書

ケアハウスゆりの里
施設長 畠中 優 様

申込者
氏名

印

ふりがな 入居者 氏名		生年月日	M T S	年 月 日 (歳)	
現住所	〒 TEL () -				
身元引受人	氏名	続柄 ()	勤務先	TEL () -	
	住所		TEL () -		
入居希望 時期	すぐにでも 令和 年 月頃 令和 年 月以降				
希望部屋	一般型 介護型				
入居希望理由	(具体的に)				
日常生活 の状況	移動	自立・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車椅子			
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 ((配膳・下膳) 可・不可)			
	食事形態	普通食・特別食()			
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (リハビリパンツ・パット・オムツ)			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (一般浴槽・特殊浴槽)			
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助			
	掃除	自立・見守り・一部介助・全介助			
	洗濯	自立・見守り・一部介助・全介助			
	内服の管理	自立・見守り・一部介助・全介助			
	認知症について教えてください。 ない あるいはある (徘徊・昼夜逆転・無気力・暴力・〔その他: 〕)				
身長 cm ・ 体重 kg					
アレルギー	薬品によるアレルギー	有・無	有の場合 ()		
	食物によるアレルギー	有・無	有の場合 ()		
趣味 嗜好	趣味				
	飲酒	飲む (頻度:週 日 飲酒量: 位)	飲まない		
	喫煙	吸う (1日: 本 / 喫煙歴 (年))	吸わない		
	運転免許	有・無	車輛の保有	有・無	

健康状態	過去の病歴				
	現在通院及び治療中の病気	現在は通院していない		内服薬の有無	有・無
		病名	病院名		
	精神疾患	有(病名:)・無		感染症	有()・無
	健康面・医療面での配慮等:				
	視力	支障なし・やや悪い・ほとんど見えない・眼鏡使用			
聴力	支障なし・やや悪い・ほとんど聞こえない・補聴器使用				
世帯状況	一人暮らし 老夫婦世帯 子どもと同居している(続柄: 家族数: 人) 主たる介護者の氏名() 本人との関係()				
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先(携帯番号等)
入居費用ご負担者	ご本人様 ご本人様以外/お名前() 続柄()				
収入の状況	年金・恩給等	種類()	年額	円	
	給与	種類()	年額	円	
	不動産	種類()	年額	円	
	利子・配当金	種類()	年額	円	
	その他	種類()	年額	円	
要介護区分	自立 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 更新申請中・変更申請中				
	担当ケアマネジャー:			支援事業所名:	
在宅サービスの利用状況	ホームヘルパー	事業所名:		週	回利用
	デイサービス	事業所名:		週	回利用
	その他()	事業所名:			
現在の生活で困ること					
これからの生活でやりたいこと					

現在飲まれているお薬の情報を添付してください。(お薬手帳など)