

**介護付有料老人ホーム バーデンライフ伊勢原
入居申込書**

(様式 1)

	施設長	副施設長	ケアマネ	相談員	
申込日	年	月	日	受付日	年 月 日
			希望居室番号	階	号

申込者・記入者(連絡先)

住所		続柄	
氏名	印	電話番号	(自宅) (携帯)

介護付有料老人ホーム バーデンライフ伊勢原に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者の状況			
(フリガナ)氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		住民票住所	市・区・町・村
生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	(歳)
家族状況	氏 名	続 柄	連絡先 電話番号
収入額(年収) 万円			
介護保険	被保険者番号	保険者番号	市 町
要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5		
	認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
担当ケアマネジャー	氏名	連絡先	(電話番号)
	事業所名		
現在利用しているサービス等			
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、有料老人ホーム、病院等に入所(入院)している			
施設名又は病院名(所在地)	<input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他		
	施設名	TEL	
入所又は入院期間	年 月 日 ~		
<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> サービスを受けている内容 <input type="radio"/> 月に 回程度 			

身体 の 状 況

食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 (食事の種類) (主食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (副食) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 超刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (嚥下状態) <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い					
排泄	排尿 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ 排便 日中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ 夜間 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導(トイレ・ポータブル) <input type="checkbox"/> パット使用 <input type="checkbox"/> オムツ (尿意) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし (便意) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし (下剤の使用) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通浴槽 <input type="checkbox"/> チェア-浴(中間浴) <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> その他()					
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
歩行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自操 <input type="checkbox"/> 介助)					
ベッド上動作	(座位) <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 可能 (寝返り) <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> つかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可					
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく見えない					
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> まったく聞こえない					
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない <input type="checkbox"/> まったく話せない					

医療的処置(該当するものをすべて選んでください。)

- カテーテル ストマ(人工肛門) 経管栄養 酸素療法 インシュリン
 疼痛看護 その他()

既往歴・治療中の病気をご記入ください。服薬がある方は、その旨も合わせてご記入ください。
 ※医療的処置や疾病によって、入所後の対応が困難な場合があります。

疾 病 名	服薬の有無	備 考
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

連 帯 保 証 人

(フリガナ) 氏 名	-----		続 柄
生年月日	明 大 昭 年 月 日	歳	男 ・ 女
住 所	〒		
電話番号	(ご自宅)	(その他)	
勤務先名	TEL		
収 入 額	年 収 万 円		