

住宅型有料老人ホーム天美苑

入居申込書

申込日 令和 年 月 日 : 入居希望日 即 . 年 月頃

入居者	フリガナ		男 女	生年 月日	大正・昭和	年齢 才	
	氏名				年 月 日	血液型	
	介護の有無	自立・(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5			担当介護支援専門員		
	利用サービス	無・有 (訪問介護・通所介護・訪問看護・その他)			事業所名		
		内容			担当者		
					☎		
	現住所	〒 - ☎ ☎					
	身体状況	排泄	自立 ・ トイレ・おむつ・リハパン・パット・ポータブルトイレ				
		入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
		食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助				
(主食：ご飯・茶粥) (副食：常食・一口・きざみ・極きざみ・ミキサー)							
		※禁止食材 ( ) アレルギー ( )					
移動		自立 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子					
内服薬		内服管理： できる ・ できない					
認知症		該当なし・同じ言葉を繰り返す・独り歩き・常同行動・物盗られ妄想・興奮					
		幻視・幻聴・暴言・暴力・うつ・不安・昼夜逆転・脱抑制・無関心・易怒性・多幸					
既往歴 (病名)							
入院歴		3ヶ月以内 ・ 1年以内 ・ 3年以上前					
手術歴		昭・平・令 年頃 (病名 )					
服薬 (薬の種類)							
	インスリン注射(自己)： 有 ・ 無						
申込理由							
申込者	フリガナ		男 女	生年 月日	昭和・平成	年齢 才	
	氏名				年 月 日	続柄	
	現住所	〒 - ☎ ☎					