

# 介護付有料老人ホーム 麻姑の離宮西大寺 入居申込書

株式会社 MaCO

代表取締役 中川 浩彰 殿

申込日 平成 年 月 日

受付番号

申込者連絡先	氏名：	④	続柄
	〒		
	住所：		
	電話番号 ( )		

以下の通り、貴ホームへの入居希望に係る情報を提供いたします。

ご入居希望者様関係	(フリガナ)		性別	保険者(番号)			
	氏名		男 女	被保険者番号			
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(満 歳)	要支援介護		支援1・支援2・介護1・介護2・介護3 介護4・介護5		
	認定有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	認定申請 予定日		平成 年 月 日 ※未申請の方は記入してください		
	自宅住所	〒		電話番号	( )		
	現在の居所 ※自宅以外に居住している場合に記入	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている		所在地	〒 -		
		施設・病院の名称	入所又は入院期間	平成 年 月から( 年 か月)	電話番号	( )	
入所申込理由							

身元引受人様関係	(フリガナ)		性別	年齢	ご本人様との関係	続柄( ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	氏名		男 女	満 歳		住所：
	意見等 ※現状で困っていることなど	(注：身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください。)				

ご 入 居 希 望 者 様 の 状 況	医療的処置	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 疼痛看護	<input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> その他 (       )	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (経鼻・胃ろう・腸ろう) <input type="checkbox"/> 酸素療法	
	*該当するものをすべて選んでください。	(現在治療中の病気)			
		(既往症)			
	身体状況	食 事 取 扱	<input type="checkbox"/> 自 立 (食事の種類) <input type="checkbox"/> 見 守 り (主食) <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 (副食) <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 <input type="checkbox"/> 普 通 食 <input type="checkbox"/> 半 粥 <input type="checkbox"/> 全 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 刻 み <input type="checkbox"/> ミキサー		
		排 泄	<input type="checkbox"/> 自 立 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 <input type="checkbox"/> な し <input type="checkbox"/> 昼 夜 <input type="checkbox"/> 夜 の み		
		入 浴	<input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 全 部 介 助		
		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		
		移 動	<input type="checkbox"/> 自 立 (歩 行) <input type="checkbox"/> 見 守 り <input type="checkbox"/> つ か ま り 歩 き <input type="checkbox"/> 一 部 介 助 <input type="checkbox"/> 杖 使 用 <input type="checkbox"/> 車 い す <input type="checkbox"/> 全 部 介 助 <input type="checkbox"/> 寝 た き り		
	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			
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普 通 <input type="checkbox"/> や や 悪 い <input type="checkbox"/> 大 声 が 聞 き 取 れ る			
	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			
	認知症・精神の症状	<input type="checkbox"/> 何らかの認知症を有するが、日常生活はほぼ自立している <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られるが、誰かが注意していれば自立できる <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が見られ、介護を必要とする <input type="checkbox"/> 日常生活に支障があるような症状が頻繁に見られ、常に介護を必要とする <input type="checkbox"/> 著しい精神症状や問題行動が見られ、専門医療を必要とする <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;">           自傷行為、せん妄、徘徊、奇声、摂食異常、不潔行為、攻撃的行為等の行動、あるいは精神障害がある場合は、その状況や頻度等を具体的に記載してください。  <hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/><hr/> </div>			

※添付書類：健康保険証の写し 介護保険証の写し