

住宅型有料老人ホーム ラサンプレ御所 入居申込書

申込年月日	令和 年 月 日	受付番号	
-------	----------	------	--

フリガナ 入居希望者 氏 名		男 ・ 女	大・昭 年 月 日 (歳)
----------------------	--	-------------	----------------------

現住所	〒 — 電話番号 () —
-----	----------------

要介護度 区 分	・自立 ・要支援_____ ・要介護_____	※要支援・要介護の方は介護保険証のコピーを添付してください。
-------------	-------------------------	--------------------------------

現在の 居住場所	病院(療養型)・老人保健施設・福祉施設 自宅・子どもの家・その他()	病院・施設の場合はその名称
-------------	--	---------------

入居の動機	<ul style="list-style-type: none"> ・ ご家族の支援が受けられない ・ 退院後の自宅療養が難しい ・ ご自身で排泄が行えなくなった ・ 食事の際に介助が必要となった ・ その他() ・ 日中を独りで過ごさなければならない ・ 起床時や入浴時の身支度ができない ・ 生活全般で身体的な介護が必要となった ・ 認知症により常に見守りが必要となった
-------	--

入居者の 同意	有 ・ 無 (理由)
------------	--------------

入居希望者の属する 世帯員の状況	入居者との 続柄	年 齢	職 業
世帯主			

本人の子ども 男 _____人 女 _____人

氏 名	続柄	年 齢	住 所	電話番号

かかりつけの病院	
現在の病気	
健康状態	・熱や血圧等に変動がある ・状態は安定している ・時に不安定 ・その他()
認知症	無 ・ 有 (症状)
歩行	自立 ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 寝たきり
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (尿取りパッド ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ ポータブルトイレ)
食事	自立 ・ 一部介助 主食(普通 ・ おかゆ) 副食(普通 ・ 大きざみ ・ きざみ)
年金の受給状況	国民年金、厚生年金、共済年金 (障害・遺族) 年額 約 _____円

在宅サービス 利用状況	訪問看護 週 _____回 事業所名()
	訪問介護 週 _____回 事業所名()
	訪問リハ 週 _____回 事業所名()
	通所介護 週 _____回 事業所名()
	短期入所 週 _____回 事業所名()
	その他 ()

担当居宅介護 支援事業所	名 称 _____ Tel () - 担当者 _____
-----------------	----------------------------------

申し込み者	住 所 (入居希望者と同じ場合は、 同上とする)	入居希望者との続柄()
		電話番号() -
	氏 名 (印)	職 業()
身元引受人氏名		(印)

事業所記入欄