

# サービス付き高齢者向け住宅『安心の家 映華』入居申込書

## 入居者様情報

|             |        |          |             |                   |   |   |   |
|-------------|--------|----------|-------------|-------------------|---|---|---|
| ふりがな<br>氏名： | 性別：男/女 | 生年<br>月日 | 明<br>大<br>昭 | 年                 | 月 | 日 | 歳 |
| 住所：〒        |        |          |             | 連絡先<br>自宅：<br>携帯： |   |   |   |

## 申込者様情報

入居予定者本人が申し込まれる場合はこの欄の記入は不要です

|             |                   |
|-------------|-------------------|
| ふりがな<br>氏名： | 入居者との関係：          |
| 住所：〒        | 連絡先<br>自宅：<br>携帯： |

## 介護情報

|                                       |          |
|---------------------------------------|----------|
| 要介護度：自立・支1・支2・介1・介2・介3・介4・介5          | 有効期間：年 月 |
| 居宅介護支援事業所名<br>(担当)：                   | 連絡先：     |
| ※現在使用されている介護保険のサービスがございましたらご記入お願い致します |          |

## 医療・健康情報

|                            |   |    |    |
|----------------------------|---|----|----|
| 治療中の病気<br>(かかりつけ医ごとに)      | 病医院   | 先生 | 病名 |
|                            | 病医院   | 先生 | 病名 |
|                            | 病医院   | 先生 | 病名 |
| 既往歴<br>(過去の病気や手術)          |   |    |    |
| 身体的状況                      | <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門<br><input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> その他( )         |    |    |
| 必要な医療行為                    | <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血液透析<br><input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) |    |    |
| ※その他特記事項がございましたらご記入お願い致します |   |    |    |

## 生活状況

|                         |                             |                             |   |   |
|-------------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| 食事                      | 方法                          | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助             | <input type="checkbox"/> 経管栄養・胃瘻  |
|                         | 内容                          | <input type="checkbox"/> 普通 | <input type="checkbox"/> 治療食(減塩・糖尿病食等)  | <input type="checkbox"/> きざみ食など   |
| 入浴                      | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助 | <input type="checkbox"/> 機械浴            |   |
| 移動                      | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 杖  | <input type="checkbox"/> 歩行器・<br>シルバーカー | <input type="checkbox"/> 車椅子<br>自分で操作 <input type="checkbox"/> 車椅子<br>全介助 |
| 排泄                      | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 介助 | <input type="checkbox"/> オムツ            | <input type="checkbox"/> 尿カテーテル留置   |
| ※特記事項がございましたらご記入お願い致します |                             |                             |   |   |

入居者様氏名：

入居情報

入居希望日

年

月

日

● サービス付き高齢者向け住宅に申し込みされた理由を教えてください

[ ]

● サービス付き高齢者住宅をどのように知りましたか？

紹介 → 紹介者

病院ホームページ  広告

その他

● 数ある高齢者施設の中で『安心の家 映華』を選んだ理由(決め手)は何ですか？

山口病院が経営している安心感  立地がよい  料金が適切

その他

[ ]

● 入居予定者以外に入居を勧めたい方(親戚・知人など)がいらっしゃればお教えてください

施設側 記入欄

|        |       |   |   |   |     |
|--------|-------|---|---|---|-----|
| 申し込み番号 | 申し込み日 | 年 | 月 | 日 | 対応者 |
|--------|-------|---|---|---|-----|