

背戸小路と一か 利用申込書

平成 年 月 日
 受付者

利用希望施設

<input type="checkbox"/> グループホームと一か	<input type="checkbox"/> サ高住と一か	<input type="checkbox"/> 有料老人ホームと一か
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能と一か	<input type="checkbox"/> デイサービスと一か
フリガナ	性別	生年月日(年齢)
入居希望者 氏名	男	明・大・昭 年 月 日 ()
	女	
住所	〒	電話 () -
フリガナ		
申込者		入居希望者との関係 ()
住所	〒	電話 () -

入居希望者について

現状	独居 ・ 同居者有り					入院・入所先()		
	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2		申請中
	障がい者手帳		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無	障害名			
	被爆者手帳		<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無				
利用中の サービス	事業者名			居宅介護 支援事業所	事業所名			
	サービスの内容				ケアマネージャー名			
医療の状況	主治医							
	既往歴							
身体等の状況	日常生活	歩行	独歩	杖・老人車を使用	介助が必要	車椅子		
		排泄	自立	一部介助	全介助			
		食事	自立	一部介助	全介助			
			(食事で配慮すべき事項:)					
	入浴	見守り	一部介助()	全介助				
	身体健康	聴覚	正常	他(左・右)()	補聴器	不可能		
		視覚	正常	他(左・右)()	メガネ	コンタクト	不可能	
		認知症	有・無	物忘れ	記憶障害(日時、場所)	言語障害	徘徊・暴力	
麻痺		有・無	(部位:)					

現在、ご家族が一番困っておられることは、なんですか(徘徊のため、目が放せないなど)

メモ欄

*①入居申込書をいただいた方には、介護支援専門員(ケアマネージャ)がご本人・申込者・身元保証人等に面談し、入居の判定結果を連絡いたします。②入居希望者に健康診断を受診していただきます。

*申込(郵送・FAX)先

〒746-0012 山口県周南市政所四丁目11番13号
 有限会社 と一か TEL:0834-63-7698 FAX:0834-63-7704
 E-mail:info@to-ka.co.jp http://www.to-ka.co.jp/