

住宅型有料老人ホーム グレイスホームソレイユ 入居申込書

該当する欄に☑を入れてください。

申込日 令和 年 月 日

入居希望者	ふりがな			性別	<input type="checkbox"/> 男性	
	氏名				<input type="checkbox"/> 女性	
	生年月日	大正・昭和	年	月	日	障害手帳 有(級)・無
	現住所	〒 - 生活保護 受けている・無				
	電話					
入居を希望する理由 (該当項目すべて 選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため、十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 病院等から退院を求められているが、自宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()					
介護認定状況	<input type="checkbox"/> 介護認定を受けている(要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5) <input type="checkbox"/> 介護認定を受けている(要支援1・要支援2) <input type="checkbox"/> 介護認定申請中 <input type="checkbox"/> 介護認定を受けていない					
現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 病院や施設等へ入っている ※病院または施設名() ※退院日が決まっている場合 月 日 退院予定					
受診状況	<input type="checkbox"/> 受診している 病院名 通院・往診 通院・往診回数 月・週 回 <input type="checkbox"/> 受診していない					
生活状況	移動	自立・一部介助・全介助 独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・その他()				
該当するものを○ で囲んでください	食事	自立・一部介助・全介助				
	食事形態	主食(ご飯・お粥) 副食(常食・きざみ)				
	排泄	自立・一部介助・全介助・ポータブルトイレ・オムツ				
	認知	有()・無				
	問題行動	有()・無				
	医的管理	在宅酸素・他()				
身元引受人	ふりがな			続柄()		
	氏名					
	住所	〒 -				
	連絡先					
情報提供の同意	<input type="checkbox"/> 施設の入居判定及び同法人他施設利用の際、関係者に情報提供することに同意します。 ※同意の場合は☑を入れてください。					
担当介護支援専門員	事業所名				担当者名	
	TEL					