

ファミリーモア八重桜【朱雀館・押熊館・平城館・西奈良館・一条館】入居申込書

《申込者》 ※ご希望のところに○で囲んでください(複数選択可)。 記入日：令和 年 月 日 ()

ふりがな		入居対象者との関係	
氏名			
住所	〒		
連絡先	自宅	携帯	

《入居者》

ふりがな		性別	男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)
氏名					
住所	〒				
連絡先	自宅		携帯		
現在のお住まい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()				
要介護度		認定期間	年 月 日～	年 月 日	所得段階
居宅介護支援事業所			当ケアマネージャ		
かかりつけ医療機関			連絡先		
既往歴	病名		病名		
	病名		病名		
	病名		病名		
服薬内容	※処方箋添付で記入省略可				
基本動作	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	立位	<input type="checkbox"/> 自立	
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 4点杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> セフティアーム <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> ベット <input type="checkbox"/> 畳に布団			
皮膚状態	褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位・程度:)	その他疾	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
食事	摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯	副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> ミキサー	
	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>			
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/>			
	ムツ使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (日中: <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オ			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介				
更衣	<input type="checkbox"/> 自立				
認知症		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> アルツハイマー型 <input type="checkbox"/> 脳血管性 <input type="checkbox"/> レビー小体 <input type="checkbox"/> その他 ())			
		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
			<input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 独語		
			<input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 家に帰ると言い出し落ち着きなくなる <input type="checkbox"/> 一人で戻れない		
			<input type="checkbox"/> 弄便(尿) <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 物を壊す、破く <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> その他 ()		
	周辺症状	現れる時間や程度、環境など			

《施設記入欄》

・入居判定日 令和 年 月 日 ()

・入居判定 《 可 ・ 否 》

・受付日 令和 年 月 日 ()

・受付者名 _____

・管理番号 _____