

サービス付き高齢者向け住宅 アザレアンさなだ 入居申込書

受付日	西暦 年 月 日	受付担当					
希望理由	独居・老々世帯・家庭事情・介護者病弱・その他()						
紹介元	ケアマネージャー()・友人、知人・市役所・その他						
ご本人	氏名	(フリガナ)	性別	生年月日	年齢		
			男・女	M・T・S 年 月			
	住所	〒			TEL		
					() -		
	介護保険者番号				認定年月日 年 月 日		
	■要介護度		■認知症老人の 日常自立度				
身障手帳 無・有(種 級 交付日: 年 月 日 障害部位)							
ご本人の収入状況	年金の種類等						
担当の居宅介護 支援事業所等	事業所の名称				担当者		
	TEL () -						
■居宅サービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/月) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導(回/月) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/月) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/月) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(回/月) <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(回/月)						
相談者・申込者	氏名	(フリガナ)	生年月日	年齢			
			M・T・S 年 月	歳			
	住所	〒 -					
	TEL	() -		ご本人との関係			
備考	主連絡先氏名		TEL() -				
	様		携帯 - -				
家族 連絡先	介護者に◎	氏名	年齢	続柄	同居・別居	勤務先	勤務先TEL
					同居・別居		(自宅・勤務先・携帯)
					同居・別居		(自宅・勤務先・携帯)
					同居・別居		(自宅・勤務先・携帯)
					同居・別居		(自宅・勤務先・携帯)

裏面へ続く

現状及び医療状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(病院)へ入所 (名称 _____ H _____ 年 _____ 月 _____ 日)		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> その他(_____) (現在療養中の病名)		
現在及び過去の入所・入院状況	種 類		年 _____ 月 _____ 年 _____ 月
	名 称		理由 _____
	種 類		年 _____ 月 _____ 年 _____ 月
	名 称		理由 _____
■入所を希望する理由及び状況 (希望者からの記載事項)	<input type="checkbox"/> 単身であり、在宅では生活が困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが、在宅での生活が困難		
	<input type="checkbox"/> 単身であり、在宅では生活が一部困難		
	<input type="checkbox"/> 介護者がいるが、在宅での生活が一部困難		
	入所判定に当たって特に配慮してほしい事項		
申込状況	<input type="checkbox"/> 申込済の施設名称		
	<input type="checkbox"/> 今後申込予定の施設名称		
主治医からの申し送り事項	主治医 _____		
備考			