

介護付有料老人ホームよつば 入居申込書について

この度は、介護付有料老人ホームよつばへお問合せをいただきありがとうございます。

お申し込みの際に提出していただく書類は、添付しております以下の2枚となります。

❖ 介護付有料老人ホームよつば 入居申込書

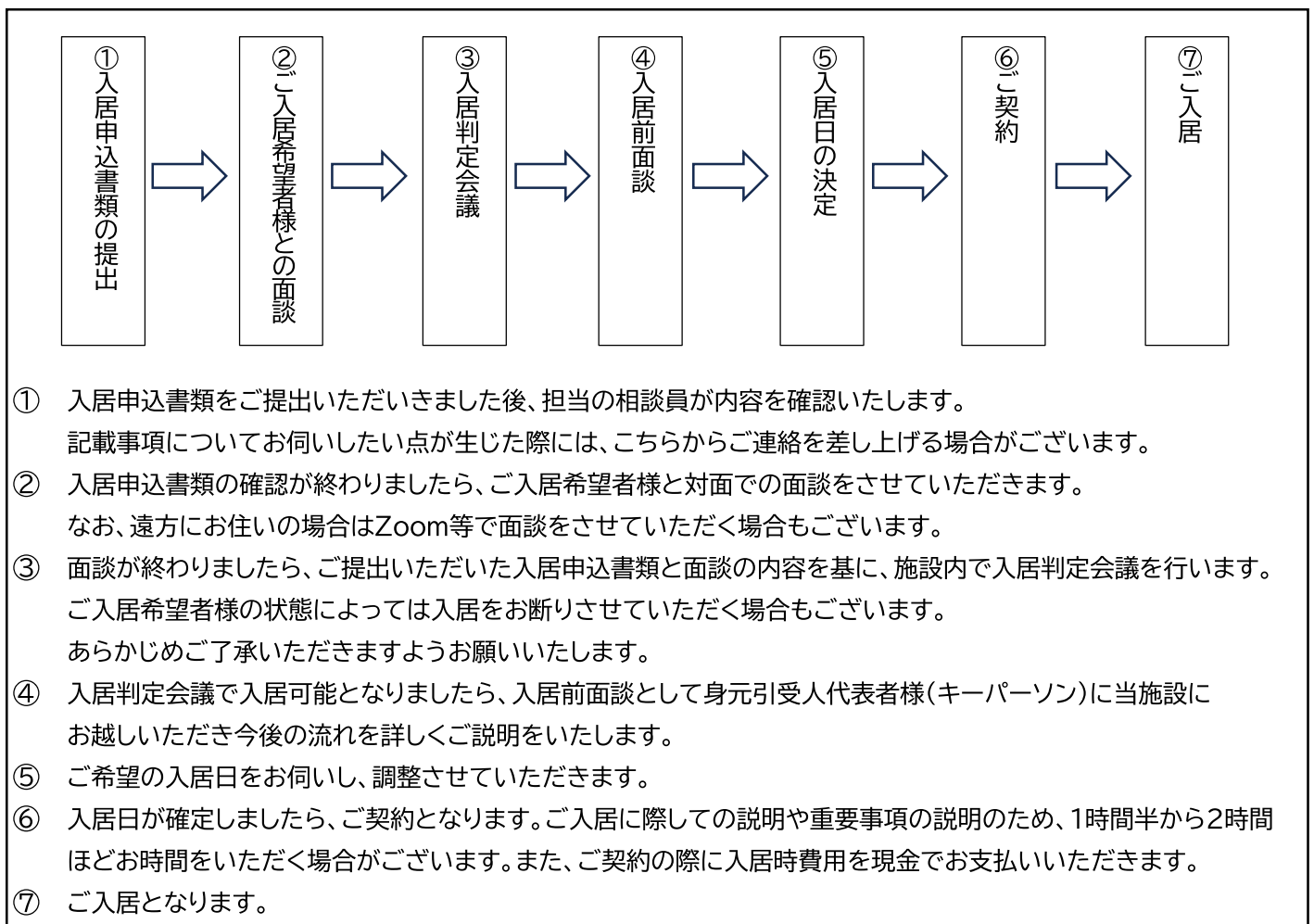
❖ ご入居申込者様 状況申告書

項目が多く大変恐縮ではございますが、ご入居に際してのとても大切な書類となります。

大変お手数ではございますが、全てご記入の上、施設にご提出をお願いいたします。

なお、状況申告書内の「お薬」につきましては、お薬手帳のコピーを添えていただければご記入は不要です。

また、今後の流れとしましては、以下の通りとなります。



【お部屋のご予約料「居室予約」について】

お申込み日からご入居日まで7日以上ある場合は、お部屋代の予約料を伴うお申し込みである「居室予約」をおすすめしております。

なお、お部屋に特別なご希望がない場合は、「居室予約」をしていただく必要はございません。

ただし、ご検討中のお部屋に対して他の入居希望者から「居室予約」のお申し込みがあった場合は、居室予約をいただいたお客様を優先してご案内いたしますので、あらかじめご了承ください。

ご不明な点等ございましたら、ご遠慮なくお問合せください。

皆様からのお申込み、お待ちしております。

介護付有料老人ホームよつば 入居申込書

申込日	年 月 日
受付者	

ご入居希望者様の情報	ふりがな		性別	生年月日		年齢
	氏 名	様	男 ・ 女	大正昭和	年 月 日	歳
	連絡先	住所			電話番号	
	主治医	医療機関名			電話番号	医師名
	介護支援専門員	事業所名			電話番号	担当者名
	介護保険	被保険者番号	要介護度	負担割合	有効期限	
	助成制度	原子爆弾被爆者に対する援護			障害者手帳	
		☐ 該当なし ☐ 被爆者健康手帳 ☐ 第二種健康診断特例区域医療受給者証 ☐ 被爆体験者精神医療受給者証 ☐ 第二種健康診断受診者証 ☐ その他：			☐ 該当なし ☐ 身体障害(級) ☐ 精神障害(級) ☐ 知的障害(級)	
			☐ 該当なし ☐ 福祉医療費受給者証 ☐ 特定医療費受給者証 ☐ 自立支援医療受給者証 (精神通院・更生医療)			
現在の居住地	☐ 自宅・家族宅・身内宅 ☐ 施設・病院		名称			

身元引受人様の情報 (※2名様以上)	1	代表者様氏名	続柄	電話番号
		様		※ 緊急時連絡先
		ご住所	LINE	就労・介護等の有無
		〒	☐ 使っている ☐ 使っていない	☐ 該当なし ☐ 就労している ☐ 介護や育児をしている
	ご連絡を差し上げる際にご都合が悪い時間帯や曜日があればご記入ください			
2	身元引受人様氏名	続柄	電話番号	
	様		※ 緊急時連絡先	
	3	様	※ 緊急時連絡先	

ご入居申込者様 状況申告書

< ご入居希望者様の現在の状況をご記入ください >

入 居 理 由	当施設に入居をご希望される理由をお聞かせください		
医 療 の 状 況	特別な医療的対応		
	☐ 該当なし	☐ 在宅酸素療法	☐ バルーンカテーテル ☐ ストーマの処置
	☐ ペースメーカー	☐ インシュリン注射	☐ 皮膚疾患・褥瘡の処置()
	☐ 点滴の管理	☐ 胃ろう	☐ 骨折後の処置(プレート等)
	☐ 疼痛の看護	☐ 経管栄養	☐ 透析
	☐ その他特別な医療処置等()		
	現在治療中の病気等		医療機関名
	♡お薬手帳や薬剤情報提供書があればコピーを添付してください。その場合こちらの「お薬」欄の記入は不要です♡		
感染症			
☐ 該当なし	☐ B型肝炎	☐ C型肝炎	☐ 梅毒
☐ 結核	☐ MASA	☐ 疥癬	☐ その他()
アレルギー			
☐ 該当なし	☐ 食物()	☐ 薬物()	☐ その他()

ご入居申込者様 状況申告書

認知症の状況	認知症等による行動障害とその頻度			
	☐ 該当なし	☐ 加齢による物忘れ	☐ アルツハイマー型認知症	☐ 血管性認知症
	☐ レビー小体型認知症	☐ 前頭側頭型認知症	☐ アルコール性認知症	☐ その他()
	☐ 該当なし	☐ 徘徊	☐ 不潔行為	☐ 不穏
	☐ 自傷・他害行為	☐ 昼夜逆転	☐ 異食	☐ 被害妄想
	☐ 幻視・幻覚	☐ 精神薬・睡眠薬等の服用()	☐ その他()	
	☐ ほとんど毎日	☐ 週3～4回程度	☐ 週1回～2回程度	☐ 月数回程度
介護の状況	介護に関する状況			
	飲水食事摂取 食事形態(主食)	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
	食事形態(副食)	☐ 米飯	☐ 軟飯	☐ 全粥
	療養食の有無	☐ 常食	☐ 一口大	☐ 刻み食
		☐ 減塩食	☐ 糖尿病食	☐ 腎臓病食
	排泄	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
	排泄手段	☐ トイレ	☐ ポータブルトイレ	☐ ベッド上排泄
	使用下着	☐ 布パンツ	☐ リハビリパンツ	☐ オムツ
	入浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
	入浴形態	☐ 一般浴	☐ シャワー浴	☐ ストレッチャー浴
	移動	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
	移動手段	☐ 独歩	☐ 杖歩行	☐ 歩行器
	座位保持	☐ 60分以上	☐ 30～60分	☐ 30分以下
	更衣・整容	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助
視力	☐ 問題なし ☐ 視力障害 ☐ 失明 ☐ 眼鏡 ☐ 拡大鏡			
聴力	☐ 問題なし ☐ 聴力障害 ☐ 失聴 ☐ 補聴器 (右・左) ☐ 筆談			
コミュニケーション	☐ 問題なし ☐ やや困難 ☐ 限定的 ☐ 困難 ☐ その他()			
麻痺	☐ 該当なし ☐ 右麻痺 ☐ 左麻痺 ☐ その他()			
睡眠状態	☐ 良眠 ☐ 不眠 ☐ 睡眠薬使用			
身長・体重	cm kg			
禁忌事項	なし ・ あり ※ありの場合は以下に詳しくご記入ください			
その他	その他、施設へのご要望やお気付きのことなどありましたらご記入ください			

※ 申込書、状況申告書に記載されていない病気や医療的ケア、また、入居者様の安全や他の利用者様に危険が及ぶ行動などが見つかった場合は、契約後であっても入居をお断りさせていただくことがございます