

医療法人社団 倭会 入居施設

入居申込書

受付日 令和 年 月 日

入居希望者

フリガナ		性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)
氏名					
現住所	〒 ー	電話番号			

【基本情報】

現在の状況	独居・高齢者世帯・家族と同居・施設入所中 ()			現在の住居	持家・賃貸			
主な疾患名と既往歴	疾患名:							
	既往歴:							
かかりつけ医	病院 科							
身障手帳	なし・あり(部位)							
入居希望時期	今すぐ・1ヵ月後程度・半年程度・1年以内・先を見据えて・その他							
待機状況の連絡	本人・家族・その他(関係: 連絡先)							
要介護度	自立・申請中・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
介護保険 被保険者番号	負担割合	割	認定有効期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで				
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	居宅支援事業所 () 担当ケアマネジャー名 ()							
入居希望先	1. グループホームねねむ(伊達市在住の方) 2. チェロだて 3. チェロ室蘭 4. グループホームしづく(登別市在住の方) 5. チェロ登別 6. どこでもすぐに入れる場所		生活に対する 希望					
ADL	食事	自立 見守り 一部介助 全介助	排泄	自立 トイレ 見守り 尿器 一部介助 Pトイレ 全介助 パット・オムツ	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助	着脱	自立 見守り 一部介助 全介助
	整容	自立 見守り 一部介助 全介助	移動	歩行 () 立ち上がり () 座位 () 移動 ()	認知	環境・伝達 できる 時々可 できない 意思伝達 できる 時々可 できない 服薬 できる 時々可 できない 金銭管理 できる 時々可 できない		

入居申し込みにあたり、入居の可否を判断する上で必要な入居希望者の個人情報、関係介護保険事業者および医療機関への情報提供・情報聴取に同意いたします。

令和 年 月 日

医療法人社団 倭会 入居部門
管理者 殿

入居希望者氏名 (印)

連帯保証人氏名 (印)

連帯保証人住所

電話番号