

体験入居申込書

ふりがな		性別	男・女	生年 月日	明治・大正・昭和	年齢
入居者氏名					年	月
住所	〒 ー					
電話番号	自宅 ー ー		携帯 ー ー			
介護度	事業対象者	要支援 (1・2)		要介護 (1・2・3・4・5)		
身体状況	かかりつけ医		医療機関名：			主治医：
			住所：		電話： ー ー	
	現在治療中の病名					
	今までにかかった病名					
入居期間	年 月 日 時 分～		年 月 日 時 分 (泊 日)			
お食事予約	年 月 日 (朝・昼・夕) より		年 月 日 (朝・昼・夕) まで			

ふりがな		続柄	生年 月日	明治・大正・昭和	年齢
ご家族氏名				年	月
住所	〒 ー				
電話番号	自宅 ー ー		携帯 ー ー		

上記のとおり、申し込みます。

令和 年 月 日

申し込み者 氏名 印

代理人 氏名 印

【 調 査 票 】

ご入居に際し、必要となる支援の参考とさせていただきますので、該当欄に○印等をご記入下さい。

視 力	1. 普通	2. やや見える	3. 見えない	眼鏡・コンタクト
聴 力	1. 普通	2. やや聞こえる	3. 聞こえない	補聴器
言 語	1. 普通	2. やや話せる	3. 話せない	
理解力	1. 普通	2. 少し理解できる	3. 悪い	
呼 吸	1. 普通	2. 時々、酸素吸入	3. 酸素吸入必要	
食 事	1. 一人でできる	2. 半介助	3. 全介助	制限食()
				食事形態()
咀嚼く 嚥下状態	1. 良好	2. やや不良	3. 不良	義歯：有(上・下)
				義歯：無
排 泄	1. 自立	2. 便・尿器(昼・夜)	3. パット オムツ 紙パンツ	4. 全介助
				尿： 回/日 便： 回/日 下剤使用：有()・無
歩 行	1. 一人で歩ける	2. 介助にて歩ける	3. 歩 け ない	： 補 助 具 ()
睡 眠	1. 良眠	2. 不眠	3. 安定剤使用：有()・無	
衣類着脱	1. 一人でできる	2. 半介助	3. 全介助	寝 衣 種 類 ()
入 浴	1. 一人でできる	2. 半介助	3. 全介助	
洗 面	1. 一人でできる	2. 半介助	3. 全介助	
整 髪	1. 一人でできる	2. 半介助	3. 全介助	
不潔行為	1. 全くない	2. 時々ある	3. 度々ある	
意思伝達	1. できる	2. 時々できる	3. できない	
趣 味	1.	2.	3.	4.
薬の管理	1. できる	2. できない	貴重品の管理	1. できる 2. できない
アルコール	1. 飲まない	2. 毎日飲む(1日 を 杯・合)		3. 時々飲む
喫 煙	1. 吸う (1日 本)		2. 吸わない	
必要物品	エアーマット	ウレタンマット	ポータブルトイレ	そ の 他 ()
備 考				