

【L・ファミリーモア八重の家 入居申込書】

《申込者》

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	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	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	所得段階
居宅介護 支援事業所			当ケアマネージャ										
			連絡先										
かかりつけ 医療機関			担当医										
			連絡先										
既往歴	病名					病名							
	病名					病名							
	病名					病名							
基本動作	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助											
	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 ()											
食事	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥				アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()						
	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ()											
排泄	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 ()												
	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 (左記以外)										
	(備考)												

《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 _____