

社会福祉法人園盛会 介護老人福祉施設入居申込書

入居申込み希望施設にレ点をご記入ください。※むさしの園には、従来型とユニット型があります。(複数選択可)

多摩の里むさしの園 (従来型) <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室		多摩の里むさしの園 (ユニット型)		多摩の里けやき園 (ユニット型)	
施設 記入欄	受付NO	申込書受付年月日		施設見学受入日	
		R 年 月 日 (担当:)	窓口 郵送 その他	R 年 月 日 (担当:)	関係

入居者本人	ふりがな			男・女	生 年 月 日	明治 大正 昭和	年 月 日 (満 歳)	
	氏 名							
	住 所	〒			電話番号			
	現在の 居 所	自宅・老人保健施設・病院・その他 () 施設・病院等名 () 入居・入院日: 年 月 日						
	介 護 保 険	1・2・3・4・5・申請中 (/ 申請) 有効期間 H・R 年 月 日から H・R 年 月 日まで						
	健 康 保 険	国保・社保・共済・後期高齢・その他 ()			身体障害者 手 帳	無・有 (級)		
	経 済 状 況	年 金	国民・厚生・共済・老齢・基礎・障害・他			月 額	円	
		手 当	老人福祉・心身障害者福祉・重度心身障害者・他 ()					
		公 扶	生活保護・他 ()					
		他収入	無・有 ()					
援 助		配偶者・息子・娘・兄弟・他 ()						
身元引受人	ふりがな			男・女	歳	入居者との続柄		
	氏 名							
	住 所	〒			連絡先	電話:	携帯:	
親 族 等	氏 名	年齢	続柄	住 所		連絡先		
						電話:	携帯:	
						電話:	携帯:	
						電話:	携帯:	
入居申込理由								

□にレ点をご記入下さい。

ご入居者本人について	お住まいについて	今のお住まいは <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(具体的に: _____) 自宅以外にお住まいの方は、戻る自宅が <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない			
	住宅問題について	<input type="checkbox"/> エレベーターのない集合住宅の2階以上に住んでいる <input type="checkbox"/> 自分の部屋がない <input type="checkbox"/> 自分の部屋とは別の階にトイレや風呂がある <input type="checkbox"/> 立ち退きを求められている <input type="checkbox"/> 家屋の老朽化(築30年以上)が著しい			
	日常生活動作	移 動		入 浴	
		<input type="checkbox"/> 車椅子にて全介助 <input type="checkbox"/> 独歩にて要介助 <input type="checkbox"/> 車椅子にて一部介助 <input type="checkbox"/> 独歩にて見守り <input type="checkbox"/> 車椅子にて自立 <input type="checkbox"/> 独歩にて自立		<input type="checkbox"/> 一般浴にて全介助 <input type="checkbox"/> 機械浴利用 <input type="checkbox"/> 一般浴にて一部介助 <input type="checkbox"/> 一般浴にて自立	
		食事摂取	食事形態	排 泄	意思の疎通
		<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ペースト	<input type="checkbox"/> オムツ使用にて要介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ等使用にて要介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ等使用にて	<input type="checkbox"/> 図れない <input type="checkbox"/> 簡単な内容は図れる <input type="checkbox"/> 図れる
	特記事項				
	精神状況	認知症的な言行動は <input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない 認知症的な言行動がある方について <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 放尿・放便 <input type="checkbox"/> 情緒不安定 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	特記事項				
	健康医療	病名等: _____ 特記事項			
主に介護している方について	介護をする方は <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護をする方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 病弱 <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気で療養中 <input type="checkbox"/> 障害がある <input type="checkbox"/> 介護認定を受けている <input type="checkbox"/> 働いている(週 時間) <input type="checkbox"/> 働いていない <input type="checkbox"/> 育児中 <input type="checkbox"/> 本人以外にも介護している				
	介護者が入居者本人に対して <input type="checkbox"/> 暴力を振るう <input type="checkbox"/> 放置する <input type="checkbox"/> 縛ったり鍵を掛けるなどの拘束を行う				
	介護を手伝う方が <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない 介護を手伝う方がいる場合その方は <input type="checkbox"/> 親族 <input type="checkbox"/> 近所の方 <input type="checkbox"/> それ以外 (_____)				