

入居申込書

社会福祉法人上寿の会

ケアハウスオパール室蘭

ケアハウスオパール八丁平

受付番号						
受付日	平成 年 月 日	入居を希望する施設を選択	<input type="checkbox"/> オパール室蘭 <input type="checkbox"/> オパール八丁平			
申込日	平成 年 月 日					
フリガナ		性別	明・大・昭			
氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (才)		
住所	〒 -	自宅電話		()		
		携帯電話		()		
現在の暮らし		<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 病院や施設 (施設名:)				
家族状況 (近親者)	身元保証人	氏名	続柄関係	住所	電話番号	問合せ先
					自宅 () 携帯 ()	
					自宅 () 携帯 ()	
					自宅 () 携帯 ()	
					自宅 () 携帯 ()	
※身元保証人の欄、問合せ先の欄には必ず「○」を付けてください。						
要介護認定		<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている (要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)				
日常生活動作	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・刈払機・歩行器・車椅子)		精神の状態	性格	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			対人関係	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 拒否
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			精神状態	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (布パンツ・パット・リハビリパンツ・糞ツ)			周辺症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
通院状況		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月 <input type="checkbox"/> 半年 <input type="checkbox"/> 1年 ()				
主な既往症						
入居の理由						
その他必要事項						
・入居希望者氏名：		①	・代理人氏名：		①	