

入居申込書

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	令和 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	令和 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	〒 -		自宅電話番号	()			
			携帯電話番号	()			
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 ()							
家族状況 (近親者)	身元保証人	氏名	続柄	住所	電話番号	問合せ順番	
					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「○」をつけてください。							
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・歩行器・車いす)			精神状態	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 (布パット・パット・リハビリパット・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					
通院先							
病歴							
利用サービス担当ケアマネ							
入居の理由							
その他							
・入居希望者氏名		Ⓜ		・代理人氏名		Ⓜ	