社会福祉法人葵会　地域密着型特別養護老人ホーム寿楽　専用入居申込書

1：入居希望者　ご本人様のお名前等　（本申込書は、記載日より1年間有効とします）

|  |  |
| --- | --- |
| （フリガナ）  お名前 |  |

２：ご家族等、申込に関するご連絡先

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| （フリガナ）  お名前 |  | 続柄 |  |
| 連絡先住所 | 〒 | | |
| 携帯電話 | 1：　　　　　　　　　　　　　　　　2： | | |
| 下記の時間帯より電話が繋がりやすい時間帯を選んで頂き、〇を記載して下さい  平日（月～金）：8：00～12：00　/　13：00～16：00　/　16：00～　その他： | | | |
| メールアドレス | ＠ | | |
| ＬＩＮＥ  　ＱＲコード | ＊LINEを通じての連絡が行えますので、電話以外の連絡を  希望する方は、どうぞこちらもご利用ください。 | | |

3：入居希望者の健康状態について　　\*下記の項目の当てはまる状態及び症状に〇を記載して下さい

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主病名 |  | | 主治医 |  |
| 病歴 |  | | | |
| 移動・歩行 | 自立　　・　　見守り　　・　　一部介助　　・　　全介助 | | | |
| 独歩　　・　　杖　　　　・　　歩行器　　・　　車いす | | | |
| 食事 | 常食　　・　　中間　　・　　刻み　　・　　ミキサー食　　・　　経腸栄養 | | | |
| 自立　　・　　見守り　　・　　一部介助　　・　　全介助 | | | |
| 排泄 | 日中 | 自立　　・　　見守り　　・　　一部介助　　・　　全介助 | | |
| オムツ　・　　トイレ　　・　　Pトイレ　　・　　尿便器 | | |
| 夜間 | 自立　　・　　見守り　　・　　一部介助　　・　　全介助 | | |
| オムツ　・　　トイレ　　・　　Pトイレ　　・　　尿便器 | | |
| 認知症 | 物忘れ　・　異食行為　・　徘徊　・　不潔行為　・　放尿　・　作話  妄想　・　収集癖　・　幻視　・　幻聴　・　暴言　・　暴行 | | | |
|  |
| その他　症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |  |
|  |

4：その他

|  |
| --- |
| 他施設への入居申込みの有無　　　　有　・　無 |
| 有の場合の施設名　「　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　」 |
| 負担限度額認定証　（　第4段階　・　第3段階　・第2段階　・第1段階　　） |
| 入居希望者の所得額（年金額）　　　　　　　　　　　　　　円 |