

社会福祉法人 葵会 特別養護老人ホーム 寿限無・寿楽 専用入居申込書

1：入居希望者 ご本人様のお名前等

(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	〒		
電話 (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、○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：)			
申し込み先に ○を付けて下さい。	寿限無 ・ 寿楽 ・ 両方(寿限無、寿楽)		

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○を記載して下さい

主病名		主治医	
病歴	【医療の状況】 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インシュリン注射等 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他()		
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	主食 副食	ご飯 ・ お粥 ・ ミキサー食 ・ パン ・ 経腸栄養 常食 ・ 刻み(一口大・荒刻み・超刻み) ・ ミキサー ・ 経腸栄養 自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	
排泄	日中 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 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()		