

サービス付き高齢者向け住宅カームライフ納米里 入居申込書 (1) ※表と裏がありますので確認してください

サービス付き高齢者向け住宅 カームライフ納米里に入居したいので次の通り申し込みます。

申し込み日：令和 年 月 日

入居希望者の状況	(フリガナ)		保険者	市区町村	要介護度		
	氏名		男・女	生年月日		年齢	
				M・T・S	年 月 日	歳	
	現住所	〒 -					
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 老健等の施設や病院に入っている 「施設や病院等に入っている方」は記入してください 年 月 から入所・入院 ◇施設名又は病院名：					
	介護者等状況	家族の状態	<input type="checkbox"/> 一般の世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		介護者の有無	<input type="checkbox"/> 主たる介護者以外に必要時に協力あり <input type="checkbox"/> 介護者は一人のみ <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
		介護者の健康	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 健康に不安を抱えている <input type="checkbox"/> 介護者自身が要介護者である <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
		介護可能時間	<input type="checkbox"/> 十分に時間有 <input type="checkbox"/> 一部不在になる時間有 <input type="checkbox"/> ほとんど時間が取れない <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
		要介護者との関係	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 介護は行っているが疲労感が強い <input type="checkbox"/> 十分な介護が出来ず最低限の関わりのみ <input type="checkbox"/> 介護者はいない				
生活・経済状況	待機状況	<input type="checkbox"/> 施設・病院等に入所中で退所の働きかけが【なし・ある(いつから：平成 年 月頃)】					
	現在お使いの在宅サービス	<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア (回/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ (日/月) <input type="checkbox"/> ホームヘルパー (回/週) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> 十分サービスを利用している <input type="checkbox"/> まあまあサービスを利用している <input type="checkbox"/> 一部サービスを抑制している <input type="checkbox"/> ほとんどサービスを抑制している					
	住居	<input type="checkbox"/> 施設・病院に入所(院)中 <input type="checkbox"/> 快適な生活の出来る住宅 <input type="checkbox"/> 一部居住性に問題がある <input type="checkbox"/> かなり居住性に問題がある <input type="checkbox"/> 帰る住まいがない <input type="checkbox"/> その他 ()					
申込者	フリガナ		性別	続柄	生年月日	年齢	
	氏名		男・女		M・T・S・H 年 月 日	歳	
	住所(連絡先)	〒 -			電話 () - 携帯 () -		
主たる介護者	(フリガナ)		性別	続柄	生年月日	年齢	
	氏名		男・女		M・T・S・H 年 月 日	歳	
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所：)					
	意見 介護を行っていて困っている事など					
紹介事業所またはケアマネージャー	電話番号 担当						

裏面も必ずご記入下さい

サービス付き高齢者向け住宅カームライフ納米里 入居申込書（2）

入居希望者の状況	身体 の 状 況	食 事	状 態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			状 況	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> お粥や刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食やトロミ食 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		入 浴	状 態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			状 況	<input type="checkbox"/> 自宅等の個室浴槽 <input type="checkbox"/> 施設で入浴（一般浴・リフト等の機械浴槽） <input type="checkbox"/> その他（ ）
		排 泄	状 態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			状 況	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 紙パンツ・パッドを使用 <input type="checkbox"/> オムツ交換 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		移 動	状 態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			状 況	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器やシルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他（ ）
		そ の 他	聴 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや遠い <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			視 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 大きい文字のみ <input type="checkbox"/> テレビ視聴可能 <input type="checkbox"/> 失明 <input type="checkbox"/> その他（ ）
			障 害	障害名：
		入居希望者の状況	医 療 の 状 況	現在の病気
今までにかかった病気				
状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他（ ） 【現在治療中の病気・特記事項】			
入居希望者の状況	行 動 お よ び 精 神 状 況	物を盗られたなどと被害的になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		実際にはないことに対して作り話をしてしまい、周囲に言いふらすことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		実際にはないものが見えたり、聞こえることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		泣いたり、笑ったりして感情が不安定になることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		夜間不眠あるいは昼夜の逆転が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		暴言や暴行が	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		しつこく同じ話をしたり、不快な音を立てることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		大声をだすことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		助言や介護に抵抗することが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		目的もなく動き回ることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		「家に帰る」等と言い落ち着きがないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		外出すると病院、施設、家などに1人で戻れなくなることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		1人で外に出たがり目が離せないことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		いろいろなものを集めたり、無断でもってくるものが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		火の始末や火元の管理ができないことが（入院中などで火の始末や火元の管理が必要ない場合はないとしてください）	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		物や衣類を壊したり、破いたりすることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
		不潔な行為を行うことが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある	
食べられないものを口に入れることが	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある			
ひどい物忘れ	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ときどきある <input type="checkbox"/> ある			

※提出の際には、記入漏れがないよう、ご確認下さい。また、介護保険証のコピーを添えてください。