

洛和ホームライフ共通 入居申込書

No.1

記入日： 年 月 日

		サービス付き高齢者向け住宅				
※希望ホームに○ をお願いします	ホームライフ音羽(京都市山科区)		ホームライフ北野白梅町(京都市北区)			
	介護付有料老人ホーム					
	ホームライフ御所北(京都市上京区)		ホームライフみささぎ(京都市山科区)			
	ホームライフ室町六角(京都市中京区)		ホームライフ四ノ宮(京都市山科区) ホームライフ山科東野(京都市山科区)			
申込者	フリガナ				入居者との関係	
	氏名					
	住所	(〒)				
	電話番号		携帯番号			
入居予定者	フリガナ				明治 年 月 日生まれ	
	氏名	(男・女)			大正 (満 歳)	
	住所	(〒 -)		電話	- -	
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 (種 級/障害名:) <input type="checkbox"/> 無				
	介護保険被保険者証	介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () ※御所北・四ノ宮・東野・六角は介護専用型			
		被保険者番号			認定日	年 月 日
		有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
	居宅介護支援事業所名	担当ケアマネ				
		TEL () -	FAX () -			
	現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 (病院) <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> その他				
住まいの状況	<input type="checkbox"/> 戸建て (持家・賃貸) <input type="checkbox"/> アパート・マンション (持家・賃貸)					
	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
経済状況	<input type="checkbox"/> 職業収入 (有・無) <input type="checkbox"/> 年金恩給 (有・無) <input type="checkbox"/> その他 ()					
入居希望理由						
日常生活動作	かかりつけ医			既往・現病歴		
	移動	歩行 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車・歩行器) ・車椅子 (<input type="checkbox"/> 自 <input type="checkbox"/> 他 <input type="checkbox"/> 移乗可 <input type="checkbox"/> 不可) ・寝たきり				
	移乗	自立・見守り等・一部介助・全介助				
	排泄	自立・介助でトイレへ・夜だけポータブル・いつもポータブル・バルーン・ストマ				
		夜だけオムツ・一日中オムツ・リハビリ使用・パット使用・念のためオムツ				
	尿便意	あり・時々あり・なし / 失禁: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 下剤使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	入浴	自立・一部介助・全介助 (<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイ <input type="checkbox"/> 訪問入浴)				
	着脱	自立・見守り等・一部介助・全介助				
	食事	自立・見守り等・一部介助・全介助 義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	食事内容	食種: 常食・軟菜・糖尿病食 (架) ・その他制限食等 () 嗜好品 ()				
		主食: 米飯・軟飯・全粥・ミキサー・ブレンダー・その他		好きなもの ()		
		副食: 常菜・軟菜・一口カット・キザミ・ミキサー・ブレンダー・その他		嫌いなもの ()		
	視力	普通・1mで見える・目の前でやっと・ほとんど見えない / <input type="checkbox"/> 眼鏡使用				
	聴力	普通・普通声やっと・大声で・ほとんど聞こえない / <input type="checkbox"/> 補聴器使用				
	言語	普通・やや障害・障害				
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり: 右上肢・右下肢・左上肢・左下肢 <input type="checkbox"/> なし				
	意思疎通	できる・時々できる・ほとんどできない・できない				
趣味	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (内容:)					
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (症状:)					
服薬	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 眠剤 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
医療処置	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし					
感染症	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					

申込者	フリカ`ナ					入居者との関係	
	氏名						
家族構成	氏名 (連絡順)	続柄	年齢	居住地	同・別居	電話番号	
	()			(市・区)		自宅:	
	()			(市・区)		携帯:	
	()			(市・区)		自宅:	
家族構成				利用しているサービス			
				デイサービス (回/週) デイケア (回/週) 訪問介護 (回/週) 訪問看護 (回/週) 訪問リハ (回/週) ショートステイ (日/月) 福祉用具貸与 () その他			
				<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 / 同居者を囲って下さい			
身元引受人①	フリカ`ナ					性別	男性・女性
	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	(〒)				続柄	
	電話番号				携帯番号		
	メールアドレス				FAX番号		
	勤務先	会社名					部署
住所						電話	
身元引受人②	フリカ`ナ					性別	男性・女性
	氏名						
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
	住所	(〒)				続柄	
	電話番号				携帯番号		
	メールアドレス				FAX番号		
	勤務先	会社名					部署
住所						電話	

※お預かりした個人情報を、本入居目的以外に使用することはございません。

※お申し込み後に、状況の変化（連絡先の変更、入院、転居等）があった場合は、必ずお知らせください。