

# 介護付有料老人ホームやわら樹の里 入居申込書

申 込 日 : 令和                  年          月          日

ご本人様	ふりがな	印	生年月日	年          月          日 ( 歳 )	
	お名前		血液型	RH( + ・ - )	
	住所	〒			
	電話番号(携帯)	電話番号(自宅)			

身元引受人①	ふりがな	印	続柄		
	お名前				
	住所	〒			
	電話番号(携帯)	電話番号(自宅)			

身元引受人②	ふりがな	印	続柄		
	お名前				
	住所	〒			
	電話番号(携帯)	電話番号(自宅)			

入居	入居希望日時	年          月          日	時          頃	
	搬入希望日	年          月          日	居室タイプ	キッチン無 ・ キッチン有

医療保険	保険証種別	後期高齢者 ・ 国民健康保険 ・ 生活保護受給証 ・ その他(                                  )			
	医療保険被保険者番号				
	保 險 者	さいたま市 ・ その他(                  )	負 担 割 合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	障 害 者 手 帳	無 ・ 有          (手帳の種類:                                  )			等級:                                  )

介護保険※該当者のみ	介護保険被保険者番号				
	保 險 者	さいたま市 ・ その他(                  )	負 担 割 合	1割 ・ 2割 ・ 3割	
	要 介 護 度	要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5			
	認 定 有 効 期 間				
	居宅介護支援事業所名			担当ケアマネ	
	事 業 所 所 在 地				
	事 業 所 T E L			事業所FAX	

添付書類	<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (直近3ヶ月以内)
	<input type="checkbox"/> さいたま市在住の方... さいたま市介護保険サービス情報提供パス
	<input type="checkbox"/> さいたま市以外の方... 介護保険主治医意見書

概要	氏名	男・女
	生年月日	大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)
	家族関係図	

かかりつけ医療機関	医療機関名	
	主治医	
	その他医療機関名	
	受診状況	通院: 回/月 往診: 回/月
	内服薬	無・有
	障がい者手帳	無・有 ( 級 )
緊急時対応	医療機関名:	

身体状況	身長	cm	体重	kg
	麻痺	無・有 ( 右上肢・左上肢・右下肢・左下肢 )		
	痛み	無・有 ( 部位: )		
	拘縮	無・有 ( 部位: )		
	皮膚の問題	無・有 ( 部位: )		
	言語障害	無・有 ( 程度: )		
	意識障害	無・有 ( 程度: )		
	視力障害	無・有 ( 眼鏡: 無・有 )		
	聴力障害	無・有 ( 補聴器: 無・有 )		
	移動	自立・一部介助・全介助 独歩・杖歩行・歩行器・車椅子・その他( )		
	義歯	無・有 ( 上・下 )	部分義歯	無・有 ( 上・下 )
	食事	自立・一部介助・全介助 主食( 常食・軟飯・粥・ミキサー ) 副食( 常菜・一口大・きざみ・ミキサー )		
	水分トロミ	無・有		
	食物アレルギー	無・有 ( )		
	食事制限	無・有 ( 塩分制限・水分制限・カリウム制限・カロリー制限 )		
	補助食器	無・有 ( )		
排泄	自立・一部介助・全介助・ポータブルトイレ・おむつ・リハビリパンツ			
認知症	無・有 ( 軽度・中度・重度 )			
問題行動	無・有 ( 軽度・中度・重度 )			

裏面もご記入ください！

★該当する項目に☑をつけ、詳細をご記入ください。

既往歴・ 現病歴	<input type="checkbox"/> 高血圧	普段の血圧： / mmHg
	<input type="checkbox"/> 糖尿病	インスリン使用：有 ・ 無 空腹時の血糖値： mg/dl
	<input type="checkbox"/> 呼吸器疾患	病名： 在宅酸素： ℓ
	<input type="checkbox"/> 循環器疾患	病名：
	<input type="checkbox"/> 脳疾患	病名： 後遺症：失語症・右片麻痺・左片麻痺・全麻痺
	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍	部位：
	<input type="checkbox"/> 認知症	程度： <input type="checkbox"/> ほぼ自立 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障 <input type="checkbox"/> 常に要介護 他( )
	<input type="checkbox"/> 精神疾患	病名：
	<input type="checkbox"/> 整形外科	病名：
	<input type="checkbox"/> その他	病名等：
	<input type="checkbox"/> アレルギー	
<input type="checkbox"/> 感染症		
服薬状況	お薬手帳	無 ・ 有
	自己管理	できる ・ できない
	禁忌薬	無 ・ 有 (医薬品名： )
	医薬品名・服用頻度	
	ジェネリック医薬品	希望しない ・ 希望する
特記事項	金銭管理	できる ・ できない
	その他	

介護付有料老人ホームやわら樹の里 施設長殿

上記のとおり、当施設に入居の申し込みをします。

また、当施設が入居判定に使用する目的で、関係する介護事業所ならびに医療機関から情報提供を受けることに同意します。

令和 年 月 日 入居者氏名 印

身元引受人1 印

身元引受人2 印