

住宅型有料老人ホームアピライフ・クオレ入居申込書

記入日： 年 月 日

ふりがな				性別	生年月日			年齢
入居者氏名				男・女	T・S・H	年	月	日
現住所							電話番号	
申込者氏名 (キーパーソン)	続柄		電話番号	自宅				
				携帯				
住所							世帯状況	同居・別居
家族状況	氏名	続柄	年齢	連絡先				
現在の居所	自宅(介護者：)・病院(病院名：)・施設(施設名：)							
要介護認定区分	要支援 (1・2) 要介護 (1・2・3・4・5)							
認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 年 月 日							
居宅介護支援事業所				担当ケアマネジャー				
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	杖・歩行器・車いす(自走・自走不可)				洗顔・髪の毛のセット・ひげそり・爪切り・義歯洗浄			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			皮膚状態 (褥瘡等)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(
	義歯/上・下・無し 器具/箸・スプーン・フォーク 種類/普通食・きざみ食・流動食・特別食(kcal)				聴力			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			視力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左)			
	トイレ・ポータブル・尿器・リハパン・パット・テープ式				補聴器/無・有(右・左)			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	見守り・介助浴・特別浴				症状・問題行動等			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
			医療状況 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射					
主治医 (病院名)			<input type="checkbox"/> その他・特記事項 ()					
			<input checked="" type="checkbox"/> 現在治療中の病気 ()					

◆弊社記入欄◆

入居施設名	<input type="checkbox"/> アピライフ <input type="checkbox"/> クレオ <input type="checkbox"/> どちらでも							
部屋タイプ	<input type="checkbox"/> Aタイプ <input type="checkbox"/> Bタイプ(1階・2階) <input type="checkbox"/> Cタイプ <input type="checkbox"/> Dタイプ <input type="checkbox"/> Eタイプ							
入居希望日	平成	年	月	日	入居時間	AM・PM	時	分