

医療法人社団 敬愛会 敬愛シニアガーデン桜堤 入居申込書

《写真》（撮影日 年 月頃）

入居要件 福島市民に限る
要支援2・要介護1～5

申込日 年 月 日

（写真サイズは問いません）

利用希望者	ふりがな		性別	男 女
	氏名		生年月日	大正 昭和 年 月 日生
	住所	〒	電話番号	
申込者	ふりがな		性別	男 女
	氏名		続柄	
	住所	〒	自宅電話番号 携帯電話番号	

申込理由

緊急連絡先	第一連絡先	氏名		続柄	
		住所	〒	自宅電話番号 携帯電話番号	
		氏名		続柄	
	第二連絡先	住所	〒	自宅電話番号 携帯電話番号	
		氏名		続柄	
		住所	〒	自宅電話番号 携帯電話番号	

同居者	氏名		年齢		続柄		職業・勤務先

介護保険	被保険者番号		保険者		認定日	年 月 日
	介護度	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	年 月 日 ~ 年 月 日 まで				
	ケアマネジャー	氏名		事業所		電話番号
	利用中のサービス	事業所名	回/週	利用中のサービス	事業所名	回/週
	通所(デイ)			訪問介護		
	通所リハビリ			訪問看護		
	短期入所			その他		

健康保険	後期高齢 国保 社保 共済 その他 ()				番号			
	医療限度額適用・標準負担額減額認定証			無・有 (区分 I II)				
年金種類	老齢 国民 厚生 共済 遺族 国民 厚生 共済						金額 円	
現在の居所	自宅(単身・同居)							
	施設名					年 月から入所・入院中		
	病院名							
かかりつけ医	医療機関名			医師名			電話番号	
特別な医療等								
病歴	病名		入院・通院医療機関		治療中・終了		発症時期・経過	
					治療中 終了			
					治療中 終了			
					治療中 終了			
					治療中 終了			
					治療中 終了			
認知症	認知症の有無	無	有	認知症の診断名				
	受診状況	無	有	医療機関名		主治医		
	経過							
	症状等	被害的になる 作話(話を作る) 感情が不安定 昼と夜が反対 同じ話を繰り返す 大声 介護に抵抗 落ち着きなし 一人で出たがる 物を集める 物や服を壊す ひどい物忘れ 独り言 自分勝手な行動 話がまとまらない 不潔行為 異食 暴行 暴言 妄想 幻覚 せん妄						
日常生活動作	寝返り	自立 介助(内容)			入浴	自立 介助(内容)		
	移動	歩行可 杖 歩行器 手引き			排泄	自立 介助(内容)		
		車椅子 (自操・介助)			着替え	自立 介助(内容)		
	食事	自立 介助(内容)			言語	普通 良く話せない ほぼ聞こえない		
普通 きざみ ソフト ミキサー			視力	普通 見えにくい ほぼ見えない				
むせり 有 無			聴力	普通 聞こえにくい ほぼ聞こえない				
性格・対人関係	社交的 内向的 明るい おとなしい頑固 やさしい 気難しい まじめ おおらか 細かいことを気にする 話好き 一人が好き 人の輪にいるのが好							
入所時期の希望	今すぐ入所したい 年 月頃に入所したい 急いでいない(将来必要時)							
《希望する援助や生活やケアについての意向・要望等》								