

認知症対応型共同生活介護 たむかい寿楽荘 入所申込書

社会福祉法人 寿栄会
たむかい寿楽荘 管理者 殿

受付日	平成 年 月 日
受付者	⑩

申請者 (連絡先)	住所	〒 —		
	氏名	(続柄)		
	電話	()		
	携帯電話	— —		

貴事業所の利用を希望するため、次のとおり申し込みます。

(フリガナ)		性別	保険者	八戸市 ・ その他()		
入所希望者 氏名		男・女	被保険者番号			
			要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	認定有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
住所	〒 —					
	【電話番号】 ()					
居宅介護 支援事業所	居宅サービスを利用されている場合、事業所名・担当ケアマネージャー名を記入してください。					
	事業所名		担当者名			
生活環境	<input type="checkbox"/> 在宅（独居・夫婦のみ・家族と同居・別居だが敷地内または近隣に家族がいる・その他 在宅サービスの利用状況（利用なし・利用あり）					
	<input type="checkbox"/> 医療機関（病院・老健・その他） 病院(施設)名 _____ 【利用開始日】平成 年 月 日					
医療状況	かかりつけ病院		診療科			
	主な疾病					
	医療的管理	<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔・胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 末期がん <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他()				
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (トイレ・ポータブル・パッド・リハビリパンツ・オムツ)				
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (杖・シルバーカー・歩行者・車椅子・寝たきり)				
	その他					
精神状況	認知症	記憶障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 失見当識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
	主症状	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> その他()				
備考						

