

サンライズ吹上 入居申込書 ①

申込者（手続きに来た方）

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

連絡先（今後の連絡及び郵送物等はこの連絡先にお送りさせていただきます）

ふりがな 名前		続柄	住所	〒	-
電話番号				携帯番号	

サンライズ吹上に入所したいので申込みいたします。

ふりがな 氏名		性別 男・女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	（	歳）	
住所	〒									
	電話番号 ()									
介護保険情報	非該当・要支援 ()・要介護 ()			被保険者番号						
認定有効期間	平成 年 月 日 から			健康保険	種別	記号番号				
	平成 年 月 日 まで			年金等	種別					
現況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院・入所中→		病院・施設の名称							
			入院・入所期間	平成 年 月 日 ~						
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつ使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時								
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (主食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> その他 (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み								
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲								
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴								
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> ほとんど通じない								
行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他 ()									
【介護している上で困っていること等】										
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門処置 <input type="checkbox"/> その他 ()									
	主な病名									
	主治医									
	特記事項									

サンライズ吹上 入居申込書 ②

入所理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> その他 ()						
家族 状 況	氏名	年齢	続柄	職業	同居 別居	別居の場合	
						住所	電話番号
連帯保証人							
ふりがな 氏名		続柄	性別 男・女	生年 月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 —				電話番号 ()	携帯番号 ()	
勤務先		勤務先住所			〒 — 電話番号 ()		
身元引受人							
ふりがな 氏名		続柄	性別 男・女	生年 月日	年 月 日 (歳)		
住所	〒 —				電話番号 ()	携帯番号 ()	
勤務先		勤務先住所			〒 — 電話番号 ()		
入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月までには入所したい						
申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込む <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる 他の施設名 ()						
担当 ケアマネージャー	事業所名				氏名		
介護サービス 利用状況	利用しているサービス		利用頻度		事業所名		
特記事項							
受付日	平成 年 月 日	受付者		受付番号			