

サービス付き高齢者向け住宅ゆんたく見学申込書

記入日 平成 年 月 日 (記入者)

申込者(入居される方)

(ふりがな) 氏名			生年月日	M・T・S	年	月	日	年齢
住所				電話	()	-		性別
介護保険	介護度	なし・要支援1・要支援2・1・2・3・4・5					認知症老人日常生活自立度判定基準	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					障害老人日常生活自立度判定基準	
	認定日	年 月 日						
身体障害者手帳			使用サービス					
介護支援専門員	氏名			事業所名			TEL	

申請者(本書を記入される方・連絡先)

①	(ふりがな) 氏名			続柄		TEL	自宅	
			携帯					
	住所							
②	(ふりがな) 氏名			続柄		TEL	自宅	
			携帯					
	住所							

健康状態

現病歴				既往歴				
内服薬				家族構成				
感染症	HBs抗原・HCV・TPHA・TB			アレルギー	食べ物()			
身長	cm	体重	kg		薬物()			

入所申込の経緯(紹介者など)

--

身体状況

視力	1. 生活に支障なし	2. 弱視	3. 全盲	
聴力	1. 生活に支障なし	2. やや難聴	3. 難聴	
発語	1. 生活に支障なし	2. 不自由	3. なし	
嚥下状態	1. 良い	2. ムセあり	3. 経口摂取不可	
褥瘡	1. なし	2. あり 部位()	処置及び程度()	
認知	1. なし	2. あり 状態()		
便秘	1. なし	2. あり 状態()		
麻痺	1. なし	2. あり 部位()		
拘縮	2. なし	3. あり 部位()		
体内金属	1. なし	2. あり 部位()		
移動	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	
起き上がり	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	
立ち上がり	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	
寝がえり	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	
排泄	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	
排泄方法	1. トイレ	2. オムツ	3. ポータブル	
排泄用品				
食事	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	4. 経管栄養 (注入口)
食事制限	1. 糖分	2. 塩分	3. カリウム	4. 水分 5. その他()
食事注意点				
入浴方法	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	
入浴浴槽	1. 個浴	2. チェアー	3. 臥位式浴槽	
更衣	1. 自立	2. 一部介助	3. 全介助	

※入居希望される方の身体的・精神的状況に応じてご相談させていただきます。

(連絡先)

株式会社 ヨシイ不動産(担当:好井)

携帯:090-3933-4628

TEL:0877-43-5687

FAX:0877-43-5707