

地域密着型特定施設入居者生活介護 さとにメディケアホームいろいろ  
 特定施設入居者生活介護 さとにメディケアホーム菜のか  
**入居申込書**

入居希望施設 :  いろいろ  菜のか 記入日 年 月 日

|              |  |   |           |   |   |           |
|--------------|--|---|-----------|---|---|-----------|
| フリガナ<br>氏名   |  | サトニ タロウ<br>里仁 太郎  |           | <input checked="" type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性 | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和<br>12年 5月 19日 ( 73歳)   |           |
| 住所           |  |   |           | 鳥取市里仁54番地2  |   |           |
|              |  |   |           | 電話 0857-54-1830   |   |           |
| 主な連絡先        | 氏名(勤務先)  | 続柄  | 電話番号      |   |   |           |
|              | 里仁 一郎  | 長男  | 54-〇〇××   |   |   |           |
|              | 勤務先は必ずお書きください。   |   | 携帯        |   |   | 090-××〇〇× |
|              | 里仁 花子  | 長男嫁   | 携帯        |   |   | 080-××〇〇× |
|              | 里仁 一郎(株式会社〇〇)  | 勤務先   | 45-〇〇××   |   |   |           |
| かかりつけ医       | 医療機関   | 医師名   | 居宅介護支援所名  | 大阪 市内<br>主介護者( 里仁 一郎 )<br>本人との続柄( 長男 )                                |   |           |
|              | A病院  | 〇〇  | 〇〇居宅支援事業所 |   |   |           |
|              | B病院  | ××  | 担当介護支援専門員 |   |   |           |
|              |  |   | 〇〇 CM     |   |   |           |
| 福祉手帳         | <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身障 級・療育 級・精神 級)<br><input type="checkbox"/> 他 公害 戦傷病者 被爆者              |   |           |   |   |           |
| 介護保険         | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 介護度 (要支援・要介護 3)                        |   |           |   |   |           |
| サービス利用状況     | 訪問系  | <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護( 3回/週 ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( )                          |           |   |   |           |
|              | 通所系  | <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス( 3回/週 ) <input type="checkbox"/> デイケア( )   |           |   |   |           |
|              | 施設系  | <input type="checkbox"/> 入所中( ) <input type="checkbox"/> ショートステイ( )   |           |   |   |           |
|              | 福祉用具   | <input checked="" type="checkbox"/> 貸与( ベッド ) <input checked="" type="checkbox"/> 購入(ポータブルトイレ) <input checked="" type="checkbox"/> 補装具( 杖 ) |           |   |   |           |
| 現病歴          | 現在治療中の病気を記入してください  |   | 内服薬       | 以前罹った病気を記入してください  |   |           |
|              | H20 6月 糖尿病   | 〇〇病院  | あり        | 既往歴   | H16 8月 脳梗塞 〇〇病院   | なし        |
|              | H24 11月 慢性腎不全  | ××病院  | あり        |   | H19 胃癌切除 〇〇病院   | なし        |
| H26 12月 透析導入 | 〇×病院   |   |           |   |   |           |
| 生活歴          | (職歴・結婚歴・趣味等)<br>鳥取市生まれ。高校卒業後、国鉄へ入社し、<br>駅員として勤務。25歳の時に結婚。二児をもうけた。<br>若い頃から地域の活動に参加しており、<br>近隣に友人が多い。60歳で退職。<br>67歳まで再就職先で、働いていた。         |   |           |   | 出身地や家族関係、日常生活の様子、既往症、服薬歴、心理状態などを知ることで、今後のケアの方向や方法、どうサポートしていくかの手立てになります。<br>また、好きなものや関心事、習慣やこだわりなど、思い入れが強い事柄を把握しておく、心に添ったケアができ、会話が円滑にできます。<br>分かる範囲でいいので、詳しくお書きください。 |           |
| その他          | (家族関係・経済状況等差支えない程度で)<br>妻と二人暮らし。妻は糖尿病のため、<br>定期通院・内服加療中。腰痛もあり、<br>最近物忘れが見られる。2人の年金のみで生活。<br>買い物等はヘルパーを利用。長男夫婦の協力を得て<br>なんとか在宅で生活をしている状況。 |   |           |   |   |           |

地域密着型特定施設入居者生活介護 さとにメディケアホームいろいろ  
 特定施設入居者生活介護 さとにメディケアホーム菜のか  
**入居申込書**

入居希望施設 :  いろいろ  菜のか 記入日 年 月 日

|            |  |  |   |                      |  |
|------------|--|--|---|----------------------|--|
| フリガナ<br>氏名 |  | <input type="checkbox"/> 男性<br><input type="checkbox"/> 女性   | <input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和<br>年 月 日 ( 歳) |                      |  |
| 住所         |  |  |   | 電話                   |  |
| 主な連絡先      | 氏名(勤務先)  | 続柄   | 電話番号  | 家族構成                 |  |
|            |  |  |   |                      |  |
|            |  |  |   |                      |  |
|            |  |  |   |                      |  |
| かかりつけ医     | 医療機関   | 医師名  | 居宅介護支援所名  | 主介護者( )<br>本人との続柄( ) |  |
|            |  |  |   |                      |  |
|            |  |  | 担当介護支援専門員   |                      |  |
| 福祉手帳       | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身障 級・療育 級) <input type="checkbox"/> 他 公害 戦傷病者 被爆者 |  |   |                      |  |
| 介護保険       | <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 認定済 介護度 (要支援・要介護____) |  |   |                      |  |
| サービス利用状況   | 訪問系  | <input type="checkbox"/> 訪問介護( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護( ) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( ) |   |                      |  |
|            | 通所系  | <input type="checkbox"/> デイサービス( ) <input type="checkbox"/> デイケア( )                                |   |                      |  |
|            | 施設系  | <input type="checkbox"/> 入所中( ) <input type="checkbox"/> ショートステイ( )                                |   |                      |  |
|            | 福祉用具   | <input type="checkbox"/> 貸与( ) <input type="checkbox"/> 購入( ) <input type="checkbox"/> 補装具( )      |   |                      |  |
| 現病歴        | 内服薬  |  | 既往歴   | 内服薬                  |  |
| 生活歴        | (職歴・結婚歴・趣味等)   |  |   |                      |  |
| その他        | (家族関係・経済状況等差支えない程度で)   |  |   |                      |  |