

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
住宅型有料老人ホーム 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 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		サトニ タロウ 里仁 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 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××						
			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××	大阪 市内					
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(里仁 太郎) 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) <input type="checkbox"/> 精神 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 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	H20 6月 糖尿病		〇〇病院	内服薬 あり インシュリン あり	既往歴	H16 8月 脳梗塞		〇〇病院	内服薬 なし なし
	H24 11月 慢性腎不全		××病院			H19 胃癌切除		〇〇病院	
	H26 12月 透析導入		〇×病院						
生活歴	(職歴・結婚歴・趣味等) 鳥取市生まれ。高校卒業後、国鉄へ入社し、駅員として勤務。 25歳の時に結婚。二児をもうけた。 若い頃から地域の活動に参加しており、近隣に友人が多い。 60歳で退職。67歳まで再就職先で、働いていた。								
その他	(家族関係・経済状況等差支えない程度で) 妻と二人暮らし。妻は糖尿病のため、定期通院・内服加療中。 腰痛もあり、最近物忘れが見られる。2人の年金のみで生活。買い物等はヘルパーを利用。 長男夫婦の協力を得て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り
住宅型有料老人ホーム 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 : いろり 菜のか 記入日 平成 年 月 日

フリガナ 氏名		<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)		
住所				電話	
主な連絡先	氏名(勤務先)	続柄	電話番号		
かかりつけ医	医療機関	医師名	居宅介護支援所名		
			担当介護支援専門員	主介護者() 本人との続柄()	
福祉手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身障 級 ・ 療育 級 ・ 精神 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)				