

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	<p>大阪 市内</p>
	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×	
かかりつけ医	里仁 一郎(株式会社〇〇)	勤務先	45-〇〇××	主介護者( 里仁 一郎 ) 本人との続柄( 長男 )
	医療機関	医師名	居宅介護支援所名	
	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	
福祉手帳	<input checked="" 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 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	
	H20 6月 糖尿病	〇〇病院	あり インシュリン	
	H24 11月 慢性腎不全	××病院	あり	
既往歴	以前罹った病気を記入してください		内服薬	
	H16 8月 脳梗塞	〇〇病院	なし	
既往歴	H19 胃癌切除		〇〇病院	
	なし			
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。			

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。  
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。  
分かる範囲でいいので、詳しくお書きください。

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		<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		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		
			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) <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)				