

アンジュかわな 入居希望者票	記入者:	提出日: 20 年 月 日
-----------------------	------	---------------

こちらは、ご入居後より適切に日常生活を送って頂くため事前に参考とさせて頂くものですので、できるだけ詳しくご記入をお願いします。(※「入居申込書」と合わせてご提出ください。)

入居希望者(入居者本人)	(フリガナ)
--------------	--------

身元保証人(ご家族等)	【続柄: 】
-------------	--------

入居後の緊急連絡者	<input type="checkbox"/> 身元保証人と同じ <input type="checkbox"/> その他… 【続柄: 】
-----------	--

現在本人がいる所	<input type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他() →病院・施設名()
----------	--

介護保険	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請
------	---------	--

介護保険	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 不明
------	--------	---

医療保険	保険種類	<input type="checkbox"/> 被用者保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者保険 <input type="checkbox"/> その他()
------	------	---

医療保険	受給者証	<input type="checkbox"/> マル福 <input type="checkbox"/> マル障 <input type="checkbox"/> 自立支援医療 <input type="checkbox"/> その他()
------	------	---

医療保険	自己負担割合	<input type="checkbox"/> 負担なし <input type="checkbox"/> 1割負担 <input type="checkbox"/> 2割負担 <input type="checkbox"/> 3割負担 <input type="checkbox"/> 不明
------	--------	---

障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 (級)
-------	--

現在の主治医	病院: / 医師:
--------	-----------

入居後の主治医(希望)	<input type="checkbox"/> かわな病院 <input type="checkbox"/> かわな病院以外 <input type="checkbox"/> 検討中
-------------	--

現在のケアマネジャー	事業所: / ケアマネ:
------------	--------------

入居後のケアマネジャー(希望)	<input type="checkbox"/> かわな居宅 <input type="checkbox"/> かわな居宅以外 <input type="checkbox"/> 検討中
-----------------	--

医療について	<input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 緩和ケア <input type="checkbox"/> その他()
--------	---

介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
-----------	--

年金の種類と金額	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> その他()
----------	---

年金の種類と金額	1ヶ月あたり合計金額…約 万円
----------	-----------------

嗜好等	【お酒】 <input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む() 【たばこ】 <input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う()
-----	--

嗜好等	【宗教等への配慮】 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
-----	--

アンジュ居室(希望)	<input type="checkbox"/> 希望なし <input type="checkbox"/> 希望あり(階 / A B タイプ / 号居室)
------------	---

【家族構成】	出身地	
	仕事	
	性格	
	趣味 特技	
	その他	

【本人希望】	
--------	--

【家族希望】	
--------	--

◎裏面もご記入ください。

●現在の状況について

(入居希望者票 裏面)

起き上がり	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
座 位	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
歩 行	<input type="checkbox"/> 補助具使用なし <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー(<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り) <input type="checkbox"/> 車椅子(<input type="checkbox"/> 自走可 <input type="checkbox"/> 自走不可)	
	→	
移 乗	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他	
	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	失禁… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> その他	
	→	
食 事 (栄養)	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ソフト食	
	<input type="checkbox"/> 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 点滴(<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 高カロリー <input type="checkbox"/> 抹消・皮下) <input type="checkbox"/> その他	
	治療食…	補食…
	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	→	
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
整 容 (歯磨き・洗面・ 整髪)	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自力にて可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良民 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠	眠剤… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
寝具マット	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 除圧(<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他)	
眼鏡… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 補聴器… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 義 歯… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
→		
【その他】		

●認知症について

・認知症がある	… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・時に声掛け、介助が必要	… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・金銭や投薬の管理が必要	… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・さっき食事した事を忘れてしまう	… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
・自分や家族の名前、今居る場所が分からない	… <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
→	
・認知症による問題行動等	… <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
→	

◎ご記入いただきありがとうございました。