

サービス付高齢者賃貸住宅 ケアビレッジ ウエルビ井野 入居申込書

※ 本書は、入居利用契約書ではありません。

フリガナ		性別	男 ・ 女	
入居予定者		生年月日	M T S 年 月 日(歳)	
住所	〒 -			
フリガナ		続柄	年齢	
家族氏名		自宅		
		携帯		
住所	〒 -			

入居希望年月日:平成 年 月 日から希望

要介護度の	<input type="checkbox"/> 申請無し <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済(認定期間:平成 年 月 日~平成 年 月末)			
状況	<input type="checkbox"/> 自立 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)			
かかりつけ医療機関	医療機関名		担当医名	
担当介護支援専門員	事業所名		担当者名	

現在の心身状況	移動動作	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり				
	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 荒キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ)				
	入浴	形態	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	認知症	状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		疎通	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 出来ない
		障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 自傷他傷 <input type="checkbox"/> その他			

平成 年 月 日 現在

入居予約者

®

株式会社 ウエルビーイング TEL027-386-8700 Fax027-386-8668