

背戸小路と一か利用申込書

令和 年 月 日

利用希望施設

受付者

☐ グループホームと一か		☐ サ高住と一か		☐ 有料老人ホームと一か	
		☐ 小規模多機能と一か		☐ デイサービスと一か	
フリガナ		性別		生年月日(年齢)	
入居希望者 氏名		男 女		明・大・昭 年 月 日 ()	
住所		〒		電話 () -	
フリガナ					
申込者				入居希望者との関係()	
住所		〒		電話 () -	

入居希望者について

現状	独居・同居者有り				入院・入所先()				
	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2 申請中				
	障者がい手帳 ☐ 有 ☐ 無				障害名				
	被爆者手帳 ☐ 有 ☐ 無								
利用中の サービス	事業者名				居宅介護支 援事業者	事業所名			
	サービス内容					ケアマネージャー			
医療の状況	主治医								
	既往歴								
身体等の 状況	日常生活	歩 行	独歩		杖・老人車を使用		介助が必要		車椅子
		排 泄	自立		一部介助		全介助		
		食 事	自立		一部介助		全介助		
		(食事で配慮すべき事項 :)							
	身体健康	入 浴	見守り		一部介助()		全介助		
		聴 覚	正常		他(左・右)()		補聴器		不可能
		視 覚	正常		他(左・右)()		メガネ		コンタクト 不可能
		認知症	有・無		物忘れ		記憶障害(日時、場所)		言語障害 徘徊・暴力
麻 痺		有・無		(部位 :)					

現在、ご家族が一番困っておられることは、なんですか(徘徊のため、目が離せないなど)

メモ欄

*①入居申し込みをいただいた方は、介護支援専門員(ケアマネージャー)がご本人・申込者・身元保証人等に面談し、入居の判定結果を連絡致します。②入居希望者に健康診断を受診していただきます。

*申込(郵便・FAX)先

〒746-0012 山口県周南市政所四丁目11番13号

有限会社と一か TEL 0384-63-7698 FAX 0384-63-7704

e-mail : info@to-ka.co.jp

<https://www.to-ka.co.jp/>