

# サービス付き高齢者向け住宅「恵はあと」 入居申込書・審査申込書

受付日	平成 年 月 日			写 真
受付番号				
利用者	フリガナ		性別 男・女	
	氏名			
	生年月日	大正・昭和 年 月 日		
	現住所	〒 -		
	本籍地	〒 -		
電話番号	(自宅) ..... (携帯)		申込者	
	フリガナ			続柄
	氏名			
	電話番号	(自宅) ..... (携帯)		

**【基本情報】**

現在の状況	単身・高齢者世帯・家族と同居（続柄）	現在の住居	持家・賃貸・施設
現在の収入	国民年金（ 円） 厚生年金（ 円） 共済年金（ 円）		
	遺族年金（ 円） 恩給（ 円） その他（ 円）		
医療保険区分	社会保険・国民健康保険・後期高齢者（1割・3割）・生活保護（福祉事務所名 担当）		
かかりつけ医	なし・あり（医療機関名 担当医名）		
主な疾患名と既往症	疾患名：		
	既往症：		
内服薬	なし・あり（薬剤名）		
アレルギー	なし・あり（薬物）（食物）		
障害者手帳等	なし・あり（部位）		
要介護申請	なし・あり（居宅介護支援事業所 担当）		
要介護度	自立・要支援1・要支援2・要介護（ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5）		
現在利用しているサービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	事業所名（ ） 担当者名（ ） （ ） （ ）		
特別養護老人ホームへの申込み	<input type="checkbox"/> 申込みをしている <input type="checkbox"/> 申込みをしていない		
	施設名（ ） 担当者名（ ） （ ） （ ）		
駐車場の利用	<input type="checkbox"/> 利用したい ※駐車場利用料金は、2,000円/台です <input type="checkbox"/> 利用しない		
家族構成			職歴
生活歴			



【身元引受人】

身元引受人	フリガナ		続柄	性別	生年月日	
	氏名			男・女	大正・昭和 年 月 日生(満 歳)	
	フリガナ					
	現住所	〒 都・道 府・県 TEL( ) - FAX( ) -				
		現在のお住まいは・・・民間賃貸・公営賃貸・寮・社宅・自己所有(戸建) 自己所有(マンション)・その他				
	国籍					
	勤務先	フリガナ				部署名
		名称				
		フリガナ				
		所在地	〒 都・道 府・県 TEL( ) - FAX( ) -			
フリガナ						
本店所在地		〒 都・道 府・県 TEL( ) - FAX( ) -				

※契約にあたっては、連帯保証人が必要となります。

入居申込み情報同意について

この度の入居申込みにあたり、当該住宅の指針の説明等を受けると共に、この申込みの情報について、医療機関及び 関係介護保険事業者への情報提供に同意します。

サービス付き高齢者向け住宅「恵はあと」

平成 年 月 日

管理者 殿

入居希望者氏名 \_\_\_\_\_ 印

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_ 印 続柄( )

## 物忘れについてのチェックシート

あてはまるところへチェックをお願いします

① 物の置き忘れがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
② 日にちや時間が分からなくなる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
③ たびたび道に迷う	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
④ 買い物が一人でできない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑤ 金銭の管理が出来ない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑥ 服薬管理が出来ない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑦ 電話の対応が出来ない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑧ 来客の対応が出来ない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑨ 着替えの仕方が分からない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑩ 食事の仕方が分からない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑪ 排泄の仕方が出来ない	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑫ 介護拒否がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑬ 異食する	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑭ 大声をあげる	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑮ 物を拾い集める	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑯ 徘徊する	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑰ 火の不始末がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑱ 不潔行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑲ 性的異常行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
⑳ せん妄がみられることがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
㉑ 妄想がみられることがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
㉒ 興奮することがある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
㉓ 自傷他害行為がある	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> ほぼ毎日	<input type="checkbox"/> 週に	回	<input type="checkbox"/> 月に	回
㉔ その他上記にはない行為がみられる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に    回 <input type="checkbox"/> 月に    回 具体的な状況(頻度も含め詳細に)					