

入所申込書

軽費老人ホーム あけの星荘

申込者(連絡先)

記入日 令和 年 月 日

フリガナ		続柄	
氏名		電話番号	()
(フリガナ)住所	〒 -		
生年月日	昭和・平成	年 月 日	歳

あけの星荘の入所を希望致しますので、以下の通り申し込みます。

本人

フリガナ		性別	
氏名		男・女	印
(フリガナ)住所	〒 -		
生年月日	大正・昭和	年 月 日	歳
入所を希望する理由			
入所を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入所したい		
他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる (施設名)		

身元保証人(宮城県内在住の方1名以上で、2名記入願います)

(フリガナ)氏名		続き柄	
生年月日	昭和・平成	年 月 日	歳
(フリガナ)住所	〒 -		
	職業:	連絡先	()
(フリガナ)氏名		続き柄	
生年月日	昭和・平成	年 月 日	歳
(フリガナ)住所	〒 -		
	職業:	連絡先	()

身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
	トイレ	<input type="checkbox"/> 普通トイレを使用→ 和式トイレを使用 ・ 洋式トイレを使用 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレを使用(<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> (リハビリパンツの使用) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ) <input type="checkbox"/> (パットの使用) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる		
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない		
	認知力	<input checked="" type="checkbox"/> 物忘れ あり ・ なし ()		
	身長	cm	体重	kg
	視力	右() 右矯正() 左() 左矯正() メガネ あり ・ なし ルーペ使用 あり ・ なし その他()		
	聴力	右 普通 ・ 聞こえにくい		左 普通 ・ 聞こえにくい
		補聴器 あり ・ なし		
	歩行	右 普通 ・ 歩きにくい		左 普通 ・ 歩きにくい
		杖使用 あり ・ なし 歩行器 あり なし		
義歯	上 ある ・ ない ・ 治療中		下 ある ・ ない ・ 治療中	
	部分入れ歯 ・ 総義歯		部分入れ歯 ・ 総義歯	

病 歴	(既往歴) (治癒か治療中か)		
	病 名	入院・通院病院	期 間
			年 月～
アレルギーについて(食べ物、薬、植物など)			
現在服用中の薬を全てお書きください。※薬の説明書きをお持ちの方は添付してください。お薬手帳コピーでも可			
内 服 薬			
家族構成図 男□-女○		入所希望者の情報(出身地・婚姻歴・職歴・血液型・その他)	