

入居申請日 平成 年 月 日

【入居申請者】

住所 〒	自宅電話	
氏名	続柄	携帯電話

温もりの家 花さくらへ入居希望したいので、下記項目を記載して入居申請致します。

記

【入居希望者】

氏名	性別	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	
住所 〒	自宅電話							
要介護度	自立・要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5							
介助の状況	食事	介護状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
		食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> キザミ	
	排泄	介助状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
		排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		<input type="checkbox"/> リハビリパンツ			
	入浴	介助状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	更衣	介助状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	移動	介助状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
		移動方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖		<input type="checkbox"/> 老人車		<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	在宅S	担当者名	CM		事業所名			
		サービス種類			( )	( )		
及び事業所				( )	( )			
身体 の 状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 全盲		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない			
	身体障害者手帳の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		手帳の種類			
	障害名				障害の程度			
	その他介助に関する事項							
医療 状況	医療機関名			主治医名				
	疾患名							
	内服状況							

入居において希望する事(部屋の種類など) 洋室・和室・どちらでも良い

同意書

熊本県及び県内市町村における高齢者保健福祉施策の今後の参考とするため、この申請書の内容を熊本県及び県内市町村に報告することに同意します。

平成 年 月 日

入居申請者 氏名 印

入居希望者 氏名 印