

# 有料老人ホームカナン入居申込書

利用者氏名		性別	生年月日		年齢
フリガナ					歳
利用者住所					
〒 ー					
家族氏名		続柄	連絡先		年齢
フリガナ					歳
			自宅 携帯		
住所					
〒 ー					
要介護状態区分	介護保険証有効期間		居宅介護支援事業所		担当ケアマネージャー
要介護	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで				
現在の居所		かかりつけ医	服薬	病名	
自宅・施設・病院			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
身体及び精神状況（わかる範囲で該当するものに○をして下さい）			特記及び留意事項(具体的に)		
移動	自立・一部解除・全介助				
	方法 つたい歩き・杖・歩行器・車イス(自走可・自走不可)				
食事	自立・一部介助・全介助				
	義歯／上・下・なし 器具／箸・スプーン・フォーク 種類／普通食・お粥・きざみ・流動食・特別食 kcal				
排泄	自立・一部介助・全介助				
	トイレ・ポータブル・尿器・リハビリパッド・パット・オムツ				
入浴	自立・一部介助・全介助				
	介助浴・特別浴				
着替え	自立・一部介助・全介助				
	患側（右・左・上肢・下肢）				
整容	自立・一部介助・全介助				
	洗面・髪をとく・ひげそり・爪きり・義歯手入れ				
認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	症状・問題行動等			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	言語	正常・やや障害あり・発言不可能		
聴力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 難聴（補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		麻痺	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢

\* 申込書は本契約ではありません