

サービス付高齢者賃貸住宅ふきのとう 入居申込書

利用 希望 者	フリガナ			申 込 者	フリガナ			
	氏名				氏名			
	生年月日	T・S	年 月 日生 ( 歳)		続柄		年齢	
	住所	〒 -			住所	〒 -		
	電話	自宅			電話	自宅		
	携帯			携帯				

【基本情報】

現在の状況	単身・家族と同居( )・入院中・施設入所中・その他( )		
かかりつけ医	なし・あり (医療機関： 担当医： )		
受診手段	<input type="checkbox"/> 自家用車 <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> その他( )		
主な疾患名と 既往歴	疾患名：		
	既往歴：		
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	なし・あり (等級： 部位： )		
要介護申請	なし・あり (居宅事業所： 担当： )		
要介護度	自立・要支援( 1・2 )・要介護( 1・2・3・4・5 )		
現在利用中の 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"/> 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( )		
家族構成	(関係 )同居・別居	勤務先 就学先	
	(関係 )同居・別居		
生活歴			

健康	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 症状は落ち着いている <input type="checkbox"/> 体調が悪い <input type="checkbox"/> 通院中		
歩行	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> その他( )		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 見守りで入れる <input type="checkbox"/> 一部介助で入れる <input type="checkbox"/> 一人では入れない(全介助)		
物忘れ	*「物忘れチェックシート」の当てはまるところへチェックをお願いします		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他( )
制限食	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし	禁忌食	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ等 <input type="checkbox"/> その他( )	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 見守りでしている <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> していない		
調理	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 見守りでしている <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> していない		
掃除	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> あまりしない <input type="checkbox"/> していない		
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> あまりしない <input type="checkbox"/> していない		
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> あまりしない <input type="checkbox"/> していない		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 見守りでしている <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> していない		
アルコール	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない		
喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> していた <input type="checkbox"/> する(1日 本)		
嗜好	好きなもの( ) その他( )		
特記事項	*困っていること・伝えたいこと・心配なことなど、なんでもご記入ください。		

【入居を希望する理由】

入居希望日：令和 年 月 日より希望


\*よろしければ、ふきのとうを選んでいただいた理由をおしえてください\*

- 知人紹介(紹介者： ) ホームページ 情報サイト パンフレット  
介護事業者から紹介(担当： ) その他( )

## 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

金銭の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> お小遣い程度 <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
買い物が一人でできる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
お薬の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
季節に合った着替えができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
調理・食事準備ができる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
問題なく排泄できる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 誰かと一緒に <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
一人で食事できる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> かろうじて <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
電話や来客の対応	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> かろうじて <input type="checkbox"/> むずかしい <input type="checkbox"/> できない
食べ物でないものを食べる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
財布や鍵など置いた場所を忘れる	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
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
道に迷うことがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
何度も同じ話をする	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
何度も同じことを聞く	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
言おうとした言葉が出てこない	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
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
興奮したり大声をあげたりする	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
落ち着かず歩き回る	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
物を集める	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
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
性的異常行動がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
幻覚・幻聴がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
被害的な言動がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
転ぶことがある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回
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
その他上記にはない行為がある	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 <input type="checkbox"/> 週に 回 <input type="checkbox"/> 月に 回 (具体的に)

～ご記入いただきありがとうございました～