

住宅型有料老人ホーム アリス 入居申込書

受付日 年 月 日

担当（実施者）									
お客様名（ふりがな）				性別	男・女	生年月日			
						明・大・昭		年 月 日（才）	
住所 〒 -									
TEL：（ ） -									
相談者氏名			続柄	住所 〒 -					
TEL：（ ） -									
基本事項	病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考					
	病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考					
	病院名	受診科目	担当医	治療・投薬・備考					
	既往歴：								
保険情報	介護保険	被保険者番号		医療保険	国・社・共・船・他（ ）		生保の有無		
	要介護状況区分		自立・要支援（ ）・要介護（ ）		身体障害者手帳	有（種級）・無			
	認定期間	年 月 日～		年 月 日	認定日	年 月 日			
緊急連絡先	家族氏名	続柄	同居別居	連絡先			備考		
			同/別						
			同/別						
			同/別						
			同/別						
	生活自立度	正常 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2					※厚労省基準	所得	課税 ・ 非課税
	認知症自立度	正常 I II IIa IIb III IIIa IIIb IV M							
主訴・要望	本人の希望			ご家族（ ）の希望（要望）		関係者（ ）の希望（要望）			
聴取内容	本人				ご家族（ ）				

【入居者様の日常生活について】 □に✓をお願いします。

食事	□自立 □一部介助 □全介助 嚥下障害(有・無) 水分量確認(有・無) 主食:□ご飯 □粥 □ミキサー 副食:□普通 □一口大 □刻み □極刻み □ミキ 治療食()食べられないもの・嗜好等()		
排泄	□自立 □一部介助 □全介助 □オムツ □トイレ □ポータブルトイレ 夜間排泄 排便リズム 回/ 日(下剤の使用 有・無) □尿路カテーテル □ストマ		
移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助(杖・歩行器・車いす・その他)		
歩行	□つかまらなくて出来る □何かにつかまれば出来る □出来ない		
入浴	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 入浴回数(回/週) □浴槽 □シャワー浴 □訪問入浴 □機械浴 □清拭 □その他()		
整容着替	□自立 □見守り □一部介助 □全介助(介助の方法:)		
洗面	□自立 □見守り □一部介助 □全介助(介助の方法:)		
口腔ケア	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 義歯□有 □無 残歯□有 □無		
爪切り	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		
洗濯・清掃	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	金銭管理	□できる □できない
買い物	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	通院	□自立 □一部介助 □全介助

【お身体について】 □に✓をお願いします。

視力	□見える □見えづらい □(殆ど・全く)見えない(右・左・両側) 眼鏡使用□有 □無		
聴力	□聞こえる □聞こえづらい □(殆ど・全く)聞こえない(右・左・両側) 補聴器 □有 □無		
会話	□支障無 □日常生活において必要程度 □表現不完全で助けが必要 □できない		
意思表示	□できる □多少困難 □できない		
物忘れ	□ない □時々ある □ない		
話の理解	□できる □多少困難 □できない		
盗られ妄想	□ない □時々ある □ない		
徘徊行動	□ない □ある	転倒歴	□ない □ある (年 月頃)
睡眠	□良好 □浅眠(寝つきが悪い) □不眠 □夜間目が覚める 睡眠導入剤□有 □無 就寝時間(時頃) 起床時間(時頃)		
麻痺・障害	□なし □あり 部位や状態()		
お薬	□飲んでいない □飲んでいる □自己管理 □声掛けや見守り □一部介助 □全介		
かかりつけ医	医療機関名:	診療科:	主治医:
	医療機関名:	診療科:	主治医:
	緊急時医療機関名(入院先):		
アレルギー	□なし □あり □お薬() □食べ物() □その他()		
感染症	□なし □あり 感染症の内容()		
医療行為	□経管栄養(胃瘻) □尿路カテーテル □透析 □吸引 □在宅酸素 □インスリン(回数や単位:) その他()		