

| ひなたほっこ入居受付、申込書 | | | | | 受付者 | 受付日 | | | | | |
|--------------------------------------|--|-------------|-------|---------------|---------|------------|---------|----------|-----|---------|--|
| | | | | | | 年 月 日 | | | | | |
| 入居希望者 | 氏名 | フリガナ | 男、女 | 生年月日 | | | | | | | |
| | | | | 明 大 昭 年 月 日 歳 | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | |
| | 施設、病院の場合 | TEL | | | | | | | | | |
| 申込者 | 氏名 | | | | 続柄 | | | | | | |
| | 住所 | TEL 携帯 | | | | | | | | | |
| 申し込み理由 | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 介護度 | | | | | | | | | | | |
| 要支援2 要介護 1 2 3 4 5 認定確定 申請中 変更中 | | | | | | | | | | | |
| 居宅事業所 | | | | | 担当者 | | | | | | |
| | | | | | TEL | | | | | | |
| 利用中のサービス | | | | | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | | 担当医 | | | | | | |
| | | | | | TEL | | | | | | |
| 主病名 | | | | | | | | | | | |
| 医療助成、その他 重度医療 原爆手帳 特定疾患 生活保護 その他 () | | | | | | | | | | | |
| 身体状況 | | | | | | | | | | | |
| 食事 | 主食 | 普通 | お粥 | その他 () | | | 副食 | 普通 | 刻み | その他 () | |
| | 介助の有無 | あり なし | | | | | その他 | | | | |
| | 嚥下障害 | あり なし | | | | | | | | | |
| 排泄 | 尿意 | あり | 時々 | なし | 頻回 | 尿失禁 | あり | なし | | | |
| | 便意 | あり | 時々 | なし | 頻回 | 便失禁 | あり | なし | | | |
| | 介助の有無 | 自立 | 声かけ | 誘導 | 一部介助 | 全介助 | その他 () | | | | |
| | 方法 | トイレ (和式、洋式) | | ポータブル | リハビリパンツ | パット | オムツ | その他 () | | | |
| 移動 | 移乗 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | その他 () | | | | | |
| | 移動手段 | 自立歩行 | 杖歩行 | 歩行器使用 | 車椅子 | その他 () | | | | | |
| 清潔 | 入浴 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 頻度 | () | 日に | () | 回 | |
| | 皮膚疾患 | あり () | | | | | なし | | | | |
| | 更衣 | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | その他 () | | | | | |
| 認知 | 理解力 | 通じる | 時々通じる | ほとんど通じない | | 視力 | 支障なし | 支障あり () | | | |
| | 意思の伝達 | できる | 時々できる | ほとんどできない | | 聴力 | 支障なし | 支障あり () | | | |
| | 記憶力 | 軽度 | | 中度 | 重度 | 補足 () | | | | | |
| | 見当識 | なし | 場所 | | 時間 | 人物 | 補足 () | | | | |
| | 特記事項 (病状や生活上で注意すること、困っていること、ご本人様の性格など) | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 希望 | 生田新町 | 大町 | 亀山 | 東原 | 待機 | 希望する しない | | | | | |
| | 八木 | 高陽 | | | 連絡先 | 申込者 居宅ケアマネ | | | | | |
| | | | | | | *希望順に番号を記入 | | | | | |