

サービス付き高齢者向け住宅 プレシオース入居申込・身体状況

申込日 年 月 日

●ご本人様の氏名・住所・生年月日

フリガナ 氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)
住所	〒		TEL
現在の生活している場所	自宅・施設()・病院()		
今までの生活歴(出身地・仕事や交流関係等)			
一日の生活の流れ(趣味・生きがい・生活の楽しみ・ライフスタイルなど)			
被保険者情報	医療保険: 国民保険・社会保険・後期高齢者保健・生活保護 身障者・精神障害者手帳の 有・無 () 年金受給 月額 万 介護負担限度額認定証の有・無 (段階)		
介護認定情報	認定介護度() 認定日() 認定期間()		

※申し込みにあたり介護保険証・医療保険証等上記のコピーを添付ください。

●ご本人様の保証人・状態等のご報告先・病院受診時の緊急連絡先

緊急連絡先①	氏名	続柄()		TEL 自宅	
	住所			携帯	
緊急連絡先②	氏名	続柄()		TEL 自宅	
	住所			携帯	
家族状況(協力者及びご家族)					
氏名	年齢	続柄	世帯	職業	住所及び参考事項
			同・別	有・無	
			同・別	有・無	
			同・別	有・無	
			同・別	有・無	
			同・別	有・無	

●入所にあたり

相談内容・これまでの経過(なぜ、入居を希望しているか経過を踏まえて)
入所にあたりご本人様・ご家族様の生活に対する要望(どういった生活を望まれるか)

●現在、利用されている介護サービスはありますか(施設・種類・担当者をご記入ください)

--

●ご本人様の病気等

現病歴、既往歴
内服状況
かかりつけDr・病院はどこですか。また、緊急における病院受診に付き添い対応は可能ですか。

●ご本人様の身体状況について

麻痺はありますか	
痛いところがありますか	
拘縮(関節が固いところ)がありますか	
食事はよく食べれていますか	
食事はどのような形状ですか	
食事で咽込みませんか	
視力面で生活に支障はありませんか	
聴力で生活に支障はありませんか	
会話は聞き取りやすいですか	
会話はかみ合いますか	
歯の状態・歯磨きはできますか	
夜によく眠れていますか	
身だしなみはどれくらいできますか	
今の寝具環境はなんですか	
自分で立つことはできますか	
どう移動していますか	
どう入浴していますか	
自分で服は着れますか	
物事を覚えていますか	
その他、お体で心配されるところやご要望等あればご記入ください	