

## サービス付き高齢者向け住宅『せんだんの実』入居申込書

申込日：平成      年      月      日

◆ 申込者

ふりがな						
氏名				続柄		
住所	〒      -					
電話番号	自宅	(      )	-	携帯	(      )	-
紹介者	氏名		病院・事業所名		電話番号	
					(      )      -	

◆ 入居希望者

ふりがな						
氏名			男・女	明・大・昭	年      月      日生(      歳)	
住所	〒      -					
電話番号	自宅	(      )	-	携帯	(      )	-
現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦だけの世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他(      ) <input type="checkbox"/> 施設に入所中 (施設名:      ) <input type="checkbox"/> 病院に入院中 (病院名:      )					
要介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	認定有効期間：平成      年      月      日 ~ 平成      年      月      日					
身障手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (      種      級)					
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早急 <input type="checkbox"/> 時期指定 (平成      年      月頃)					

◆ 利用に際してのご要望・ご意見をお聞かせください。

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

※ 先着順ではございません。

ご入居に関しましては、ご希望に添えない場合もございますのであらかじめご了承ください。

◆ 身体・生活の状況

(1) 移動	① 屋外: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 車椅子
	② 屋内(館内): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
	③ 屋内(居室内): <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 伝え歩き <input type="checkbox"/> 車椅子
(2) 排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助 { パット テープ止め はくパンツ }
(3) 食事・嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助   食事形態 { 一口大 キザミ ミキサー }
(4) 着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助
(5) 入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> 全介助
(6) 薬	<input type="checkbox"/> 自分で飲める <input type="checkbox"/> 確認必要
(7) アレルギー	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ⇒ 食べ物( ) 薬物( )

◆ 医療の状況

現在治療中	疾患名	医療機関(主治医)	電話番号	服薬
			( ) -	有・無
			( ) -	
既往歴 入院歴				
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( )				

◆ 在宅サービスの利用状況

<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <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( )			
介護 相談窓口	担当ケアマネジャー	居宅介護支援事業所名	電話番号
			( ) -
			( ) -
<b>【介護上の悩み・困っていること】</b>          			

【お問い合わせ先】

医療法人社団せんだん会      サービス付き高齢者向け住宅 **せんだんの実**  
 〒652-0813                      兵庫県神戸市兵庫区兵庫町 1-4-6  
 TEL                                : 078-686-0136 (松本)  
 FAX                                : 078-686-0137  
 E-mail                            : [sendan221@sendankai.or.jp](mailto:sendan221@sendankai.or.jp)  
 URL                                : <http://www.sendankai.or.jp>