

ほくと ひまわりの家入居申込書

申し込み日 平成 年 月 日

ふりがな		性別		M・T・S	
本人氏名		男・女	生年月日	年 月 日	(歳)
ふりがな				電話番号	()
本人住所	〒 -				
被保険者 番号	介護度		支援2 要介護(1・2・3・4・5)		
	有効期間		平成 年 月 日～平成 年 月 日		
	医療保険		家族・本人種類		
現病歴	認知症(型)		主治医		
	高血圧・高脂血症・心不全・心房細動				
	糖尿病・脳梗塞・前立腺肥大・便秘症				
	腎不全・変形性膝関節症・骨粗鬆症・肺気腫				
	{ }		医師名		
			電話	()	
			通院 ・ 往診		
ふりがな		続柄		電話番号	自宅 ()
家族 代理人			住所	携帯	
認知症の 周辺症状 あてはまる ものに○	・最近のことをすぐ忘れる ・日付、時間、曜日の感覚がわからない ・外出して帰れない ・自宅にいるのにどこかへ帰ろうとする ・財布やお金、大切なものがなくなったという ・物を集める ・家族をほかの誰かと間違える ・生活が昼夜逆転している ・幻覚がある ・怒りっぽい { }				
生活動作	食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	歩行	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	調理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	外出	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	掃除	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	洗濯	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	内服管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	金銭管理	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ()			
	睡眠	よく眠れる ・ 眠れない ()			
居宅介護 支援事業所	事業者名			現在利用 している サービス	訪問介護・通所介護・通所リハビリ ショートステイ
	担当ケアマネ				
	電話番号				

ほくとひまわりの家

TEL ・ 03-5980-6222

FAX ・ 03-5980-6181

担当 古河 ・ 村越

(月～金9:00～17:00まで)