ほくと　ひまわりの家入居申込書

申し込み日　　年　　月　　日

ふりがな		性別	生年月日	M・T・S 年　月　日 （　歳）
本人氏名		男・女		
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） 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 ｛　｝		主治医	医師名 電話（　） 通院・往診
ふりがな		続柄	電話番号	自宅 （　）携帯
家族代理人			住所	
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 ショートスティ
	担当ケアマネジャー			
	電話番号			

ほくとひまわりの家　　ＴＥＬ ・ 03-5980-6222

ＦＡＸ ・ 03-5980-6181

担当　　村越　（月～金９：００～１７：００まで）