

サービス付き高齢者住宅「CO-OPなじょもガーデン2」 入居申込書

※本書は、利用契約書ではありません。

ふりがな		性別	男 ・ 女
入居予定者氏名		生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (歳)
住 所	〒 - 電 話		新潟医療生活協同組合 利用者ご本人様 組合員 ・ 非組合員
ふりがな		続 柄	
家族等氏名		自 宅	
		携 帯	
住 所	〒 -		

入居希望年月日：平成 年 月 日から希望（平成26年10月以降）

要介護度の状況	<input type="checkbox"/> 申請なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請済(認定期間：平成 年 月 日～平成 年 月末) <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)		
担当介護支援専門員(ケアマネージャー)	事業所名		担当者名
サービス状況の詳細	利用デイサービス		
	利用訪問看護・介護事業所		
	その他利用事業所		
かかりつけ医療機関	医療機関名		担当医名
病 名		内服薬その他	(有 ・ 無)

現在の心身状況	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり <input type="checkbox"/> 麻痺(右 ・ 左 ・ その他)		
	食事内容	主 食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	副 食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー ()		
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> フォーレ)		
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整 容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	認知症	障 害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> その他()	疎 通 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
	状 態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 診察を受けているか 有・無		

特定健診受診状況	有 ・ 無
----------	-------

嗜好	飲酒	する ・ しない
	喫煙	する ・ しない

入居の動機	
-------	--

平成 年 月 日 現在 記載者 _____ (続柄 _____)

お問い合わせ先
TEL 025-250-6137(直) FAX 025-250-7374

担当者 COOPなじょもガーデン 渡辺