

めいほくの家(仮)登録申込書

めいほくの家を利用したいので、次のとおり申し込みます。

入所者 氏名		申込日 年 月 日	
(フリガナ)		性 別	要介護度 要支援2 要介護1・2・3・4・5
氏 名		男・女	
生 年 月 日	大正 昭和 年 月 日 (歳)		
現 住 所	〒 -		

◎ 登録者の現在の状況

現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> その他		
	◇病院名: ◆所在地(市町名のみ):		
	◇入院時期:平成 年 月から入院している。		
入所を希望する理由 (該当するものすべてを選んで下さい)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない。		
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」、等により十分な介護が困難なため		
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労していることから、十分な介護が困難なため		
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護が困難なため。		
	<input type="checkbox"/> その他()		
認知症の主な症状	<input type="checkbox"/> 記憶障害(軽 中 重) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】		
歩 行	可 要介助 不可 車椅子使用 杖歩行		
排 泄	トイレ (自力可 要介助 オムツ)		
食 事	自己摂取可 一部介助 全介助		
介護抵抗	あり なし		
主治医	()病院・医院	ケアマネ・事業所名	

主たる介護者 ※3月になりましたら下記に連絡をいれさせていただきます

(フリガナ)		入所申込者との関係	
氏 名		生 年 月 日	昭和・平成 年 月 日
住 所	〒 -		
電話番号	自宅 ()	携帯番号	()
同居、別居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している (住所 :)		
意 見	【介護をしているうえで困っていること等】		