

メディケアおうち健優入居申込書

(申込日 平成 年 月 日)

申込連絡先	ふりがな 氏名		続柄	
	住所	〒 -		
	電話番号	自宅 () ・ 携帯 ()		

本人の状況	ふりがな		性別	男	・	女	
	氏名						
	現住所	〒 -					
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)					
	介護保険	保険者					
		被保険者番号					
	要介護認定	<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 <input type="checkbox"/> 申請中 認定期間 平成 年 月 日 ~ 年 月 日					
ケアマネジャー	事業所名 () 担当者名 ()						
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 食事の種類： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 オムツ・リハビリパンツの使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 支えが使用 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり					
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度 <input type="checkbox"/> 見えない					
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる <input type="checkbox"/> 聞こえない					
言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない						
医療的処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 現在治療中の病名 () 受診している医療機関 ()						
認知症状	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> ランクⅠ <input type="checkbox"/> ランクⅡa <input type="checkbox"/> ランクⅡb <input type="checkbox"/> ランクⅢa <input type="checkbox"/> ランクⅢb <input type="checkbox"/> ランクⅣ <input type="checkbox"/> ランクⅤ						

[お問い合わせ先] 医療法人健伸会おうちクリニック内 (開設準備室)

TEL 083-933-1770 ・ FAX 083-933-1771 ・ 携帯 (村山) 090-1016-6454