

## 住宅型有料老人ホーム ハートフルホーム2 入居申込書

施設名：住宅型有料老人ホーム ハートフルホーム2

申込日           年   月   日  
入居希望日       年   月   日

入所を希望するので、下記の通り申し込みます。

入居希望者	ふりがな		性別	生年月日	年齢	
	氏名		男・女	明・大・昭      年   月   日	歳	
	電話番号		住所	〒           -		
	かかりつけ医	医療機関名：				
	ケアマネジャー	事業所名：				
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族暮らし <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他				
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 要支援1 要支援2 <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				

入居申込者	ふりがな				
	氏名				
	電話番号	住所	〒           -		
連絡先①	ふりがな				
	氏名				
	電話番号	住所	〒           -		
連絡先②	ふりがな				
	氏名				
	電話番号	住所	〒           -		

備考



ハートフルホーム2  
 〒489-0934 愛知県瀬戸市菱野町7-2  
 TEL：0561-56-2550   FAX：0561-56-2553

入居希望者の状況をご記入ください。

入居希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」「障がい」「病気」等で介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所（退院）予定のため <input type="checkbox"/> その他（ ）				
医療に関する状況	(特別な医療対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 尿バルーン <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> ALS (筋萎縮性側索硬化症) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 看取り <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) <input type="checkbox"/> インシュリン投与 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> (現在治療中の病気等)				
行動障害	<input type="checkbox"/> 該当なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他（ ） <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月に数回程度				
介護に関する状況	飲食摂取 排尿 排便 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思伝達	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
(介護をされていて困っていること、その他特記すべき事項をお書きください。)					

ご記入ありがとうございました。