

ほっとハウス・ほたかの家 利用申込書

申し込み日：平成 年 月 日 申し込み者： _____

利用者氏名	フリガナ _____	生年月日	M.T.S 年 月 日	年齢	才
住所	〒 _____ _____ 電話番号 _____				
介護保険	要介護度 (○をつける)	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 要介護 2 ・ 要介護 3 ・ 要介護 4 ・ 要介護 5			
	要介護認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日			
障害者手帳	(有 ・ 無) 身体障害者手帳 (級) 精神保健福祉手帳 (級) 療育手帳 ()				
認知症状	認知症高齢者の日常生活自立度 (レ点チェックをしてください) <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 検査をしていないため、不明				
	認知症状 当てはまるものに○をしてください。 ・ 見当識障害 (時間・場所・人が分からない) ・ 徘徊 ・ 失禁 ・ 異食 ・ 興奮 ・ 妄想 ・ 暴力 ・ 不穏 ・ 理解力の低下 ・ 感情が不安定 《上記の症状により、日常生活が困っていることがあればお書きください》				
申し込み理由					
入居時期 (○をつける)	開所予定の平成 24 年 4 月 ・ できるだけ早く ・ 居室が空いたら ・ 未定 おおよそ _____ 年 _____ 月 頃より利用したい				
《家族構成 (介護者の状況等)》 文章でも家族構成図でもどちらでも構いません。 主な介護者 《 名前： _____ 続柄： _____ 》 同居家族 (有 ・ 無)			《現在の生活の場》 ○をつけてください。 () 自宅・アパート等 () 施設 (施設名： _____) () 病院 (病院名： _____) 《備考》 生活環境について特記すべき事項があればお書きください。		
《現在の健康状態について》 お薬 (服薬) 以外の医療行為について、お書きください。 常時、医療が必要ですか → () 必要 () 必要ではない ↓ どのような医療行為が必要ですか ()					

