

有料老人ホーム サンヒルズガーデン 体験入居申込書

申込日： 年 月 日

希 望 日	月 日 食 か ら	月 日 食 ま で	
送 迎 希 望	開 始 日	有 ・ 無	終 了 日
	希 望 時 間	時 分 頃	希 望 時 間
		有 ・ 無	時 分 頃

送迎時間に関しましては、ご希望に添えない場合もございます。

フ リ ガ ナ		生 年 月 日	明・大・昭 年 月 日
利 用 者 様 氏 名		年 齡	
介 護 度	要支援 1 ・ 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中		
現 住 所	(〒 -)		
電 話 番 号	()	FAX	()
フ リ ガ ナ			
身元引受人予定者氏名			
住 所	(〒 -)		
電 話 番 号	()	FAX	()

※) 申込者様をご利用者様・身元引受人様と同じ場合は申込者様については省略可

フ リ ガ ナ	
申 込 者 氏 名	
住 所	(〒 -)
電 話 番 号	() FAX ()

担当居宅支援事業所名				
担当ケアマネージャー		連絡先	()	
身 体 状 況	移 動	<ul style="list-style-type: none"> ・ 自立 (独立・杖・歩行器) ・ 車椅子 (自操・介助) 	食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (食事の形態：) (アレルギー：)
	排 泄	<ul style="list-style-type: none"> ・ トイレでの排泄 ⇒ <input type="checkbox"/> 可能 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助) <li style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> 不可能 (オムツを使用している など) <input type="checkbox"/> リハビリパンツを使用している <input type="checkbox"/> 失禁 (有 ・ 無) <input type="checkbox"/> 夜間のみオムツを使用している 		

裏面に細かい身体状況を記入していただく項目がありますので、そちらも併せてご記入をお願いいたします。

健康状態	現病歴		既往歴	
	主治医		連絡先	
	内服	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	点眼	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
ADL	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	視力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	聴力	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
IADL	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	通院	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整理整頓	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	電話	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事準備	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事片付け	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
皮膚・機能	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
口腔衛生	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯		
食事状態	食事回数	1日 回	嚥下	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし
	食事の種類	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> お粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー・流動食		
コミュニケーション能力	認知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	物忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	意思決定	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 困難	言語障害	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	意思伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 困難		
その他				

体験入居費用	8,640円/日 (税込価格)	ご負担金額合計 : 円
--------	-----------------	-------------

お支払につきましては、お手数ですが下記口座にお振込ください。
(振り込み手数料につきましては、誠に恐縮ですがご利用者様負担でお願いいたします)

お振込先：百五銀行松阪支店 普通 583905
一般社団法人 三重県高齢者福祉協会
代表理事 藤谷真理子