

ベルファミリア入居申込基本情報

基本情報	フリガナ			性別		住所	(〒 -)					
	氏名											
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居			
	要介護		認定期間	年	月	日	～	年	月	日	負担割合	割
	在宅サービス利用状況	ヘルパー・デイ・ショート・訪看 ()			ケアマネ事業所							
	現在の居所(自宅以外)				入院(所)日	年	月	日	退院(所)予定日	年	月	日
	元のご職業				年金情報	(国民・厚生・障害・遺族・他)			1ヶ月	円		
申込者	フリガナ			住所	(〒 -)							
	氏名											
	自宅TEL				携帯TEL							
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	続柄		就労の有無(ご職業)		
	希望時期について	<input type="checkbox"/> 早期希望 (3ヶ月以内)		<input type="checkbox"/> 6ヶ月以内		<input type="checkbox"/> 6ヶ月以降先						
	申込理由											
家族構成	続柄	氏名	年齢	就労	キーパーソン	緊急時対応	自宅TEL	携帯TEL				
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
入所希望者の状況	介護面	移動方法	独歩(杖含む)	付添歩行	歩行器	車椅子(自操)	車椅子(介助)	寝たきり				
		排泄方法	トイレ(自力)	トイレ(介助)	ポータブル(自力)	ポータブル(介助)	おむつ交換					
		食事方法	自立	見守り	一部介助	全介助	胃ろう(チューブ)					
		入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	入浴方法 一般浴 / 機械浴					
		認知症	無・軽・中・重	認知症状(特にお困りな事)								
	かかりつけ医	病院名	主治医		病名	内服薬						
	病名	既往歴		年	特別な医療	看取り(延命治療)						
					<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> 施設内ターミナルケア希望 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器等の延命治療希望 <input type="checkbox"/> 胃ろう希望						