

## 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					