

サービス付き高齢者向け住宅

ベルハート西公園入居申込書

| | |
|------|-------|
| 受付番号 | |
| 受付日 | 年 月 日 |

| | | | | |
|-------|------------|----|----|------------|
| 入居希望者 | ふりがな 氏名 | 印 | 性別 | 男 女 |
| | 住所 | | | 生年月日 大正・昭和 |
| | | | | 年 月 日 |
| 電話番号 | | 携帯 | | |

| | | | | | |
|--------|------------|--|----|-----------|--|
| 家族等連絡先 | ふりがな 氏名 | | | 入居希望者との関係 | |
| | 住所 | | | | |
| | 電話番号 | | 携帯 | | |

◎可能な範囲でご記入ください。

1 ベルハート西公園をどちらでお知りになりましたか。

| |
|--|
| |
|--|

2 入居申込に至った経緯や入居の理由をご記入下さい。

| |
|--|
| |
|--|

3 居室のご希望（ご希望がある方のみご記入下さい。）

| |
|--|
| |
|--|

4 入居希望時期

年 月 頃

<注意事項>

- ・本申込書は入居契約書ではございませんので、本書にて入居を確約するものではありません。
- ・申込書の内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願いします。
- ・居宅介護支援事業所や医療機関へお問い合わせさせていただく事がございますのでご了承ください。
- ・ご記載いただきました個人情報につきましては、本入居目的以外に使用する事はございません。

送付先：ベルハート西公園

〒980-0804 仙台市青葉区大町2-8-7

TEL・FAX：022-266-8095

サービス付き高齢者向け住宅

ベルハート西公園入居申込情報シート

| | | | |
|-----------------------------------|---|---------------------------|-----------------|
| ふりがな | | | |
| 氏名 | | | |
| 趣味 | 過去一年以内に 参加した集まり・活動等 | | |
| 好みの食事 | 飲酒 (該当するものを ○で囲んで下さい) | 飲まない | 週に1回以下 毎日飲む |
| | お酒の量 | 週2, 3回 | |
| 要介護度 | 未申請 申請中 | 要支援 1・2 | 要介護 1・2・3・4・5 |
| 居宅介護支援事業所名 | | | |
| ケアマネ名 | 様 | 連絡先 | — — |
| 居宅サービスの 利用状況 | 有 無 (有の方は該当するサービスを○で囲んでください) 訪問介護 訪問入浴 訪問看護 訪問リハ デイサービス デイケア 居宅療養管理指導 福祉用具貸与 短期入所生活介護 | | |
| 医療機関 受診状況 | 医療機関名: 主治医: | 既往歴(疾患名): 感染症: 無 有 () | |
| 医療行為 (該当するもの に○を付けて 下さい) | 経管栄養 気管切開 持続点滴 人工肛門 人工透析 床ずれ 悪性腫瘍(がん) 糖尿病(食事療法 インスリン療法) たんの吸引 在宅酸素 中心静脈栄養 留置カテーテル 認知症 心臓ペースメーカー 特定疾患及び特定疾病 | | |
| 身体状況(該当するものを○で囲んで下さい) | | | |
| 視力 | 普通 | 大きい字が見える | 大きいものが見える 見えない |
| 聴力 | 普通 | 大声で聞こえる | ほとんど聞こえない 聞こえない |
| 言語 | 普通 | 不明瞭 | 不自由 |
| 意思の疎通 | 普通 | やや悪い | 悪い |
| 移動 | 独歩 | 杖 | シルバーカー 車いす |
| 食事 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| 主食 | 常食 | おかゆ | 特殊形態病食 |
| 副食 | 常食 | 刻み食 | 特殊形態病食 |
| 排泄 | トイレ ポータブルトイレ | | |
| | 普通肌着 | リハビリパンツ | パット 紙パンツ |
| 入浴 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| 着脱衣 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| 整容 | 自立 | 一部介助 | 全介助 |
| 物忘れ | 無 | 軽度 | 中度 重度 |

※ご記入の際のご不明な点は、下記窓口までお問い合わせ下さい。

ベルハート西公園

〒980-0804 仙台市青葉区大町2-8-7

TEL・FAX : 022-266-8095