ハピネスやくら（認知症対応型共同生活介護）　利用申込書

令和　　年　　月　　日

認知症対応型共同生活介護
ハピネス　やくら　管理者　殿

申込者
住　所
氏　名　　印
続　柄
電話番号

ハピネスやくら（認知症対応型共同生活介護）に申し込み致します。

家族記入欄	入所希望者	ﾌﾘｶﾞﾅ				男・女	T・S　年　月　日生（　才）			
		氏　名					電話番号			
		住　所								
	家族状況	氏　名	続柄	年齢	職業等	氏　名	続柄	年齢	職業等	

身体状況及び日常生活	疾病に関する	病 名①　　②	かかりつけ医　有（病院名　　）無
	食　事	①自 力　②一部介助　③全介助	②･③の場合その内容（形態等）
	排　泄	①自 力　②一部介助　③全介助	②･③の場合その内容
	清　潔	①自 力　②一部介助　③全介助	入浴を意味するが②･③の場合等その内容
	移　動	①歩 行　②車椅子自力　③全介助	①見守り 要・不要　②・③立ち上がり あり・なし ③その内容（例 ﾘｸﾗｲﾆﾝｸﾞ・介助要等　）
	意思疎通	①普 通　②困 難	②の場合その内容
	理解力	①普 通　②困 難	②の場合その内容
	問題行動	①な し ②生活に支障なし ③生活に支障あり	②･③の場合その内容
	医療行為の内容	（例　吸引・経管栄養等）	
	そ の 他		

施設記入欄