<u>入居希望申込書</u>					
☆利用者について			回答欄(複数選択可、自由に記載可)		
1	利用者の氏名,年齢,性別,生年月日		名前: 年齢: 才 男・女 生年月日:		
2	歩行について		・(歩行可能時間: 分) ・介助が(必要・不要) ・車いす (必要・不要) ・装具 (有・無)		
3		自分で食べることができる	・お箸で食べる・スプーンやフォークで食べる・特別な道具が必要・全介助		
		むせることがある	・よくある(毎食) ・たまにある ・ほとんどない ・全くない		
		食物アレルギーはありますか?	無・有(
		 歯磨きは1日何回しますか? 	· 1日 回		
		コップで水が飲めるか?	・コップで飲める・ストロー付きの方が良い・飲めない		
4	日中生活介護を利用していますか? 		はい ・ いいえ		
		はいの場合 施設名を教えてください。	施設名()電話番号:		
5	入浴	1人で湯船に浸かっていられるか? (姿勢の維持)	・維持できる・維持できない		
6	睡眠について	睡眠の習慣	就寝: 時 分 起床: 時 分 睡眠時間(平均) 時間		
		寝つき	良い・悪い		
		中途覚醒	無・有(時頃)		
		睡眠薬等の内服薬はありますか?	無・有(内服薬:)		
7	トイレについて		・自分で意思表示しトイレに行ける		
			・時間毎に誘導してトイレができる		
			・常におむつ		
	けいれんの有無		無・有(頻度: 内服薬:)		
8	・けいれん有の場合	・どのような状況で起こりやすいか?	状況:		
		・日常生活において注意すべきこと	注意すべきこと:		
9	その他	・入居後、日中生活介護サービス (別法人運営)利用を希望されますか?			
		・休日はどのように過ごしていますか?			
		・趣味嗜好 どのようなことが好きで興味をもってい ますか?			
		①テレビ番組や映画等は好きですか? (番組名など具体的に教えてください) ②iPad等で遊ぶことはできますか?	① ②		
		その他内服薬やアレルギーについてあれば記載してください	アレルギー 無・有() 内服薬:		
		動物アレルギー(特に犬)はありませんか?			

人促雜	者について					
1	保護者氏名、年齢、生年月日					
2	保護者住所					
3	保護者連絡先電話番号					
4	保護者メールアドレス					
☆かかりつけの病院について						
1	病院・クリニック名					
2	住所					
3	連絡先					
4	主治医 氏名					
☆最後	L -					
当施設	とへのご要望はございます	か?				
	施設を希望されたのでしたくわしく教えてください。					
	入居できなかった場合、 ^を な施設があった場合に入り	今後福岡市近くの他の場所に同 居を希望されますか?				
			医療法人花乃羅会	アンジェルマンハウス福岡		