

入居申込書

申込年月日 令和 年 月 日

本人の基本情報	フリガナ 氏名		男・女		保険者	
	生年月日 明・大・昭 年 月 日 (歳)				保険者番号	
					被保険者番号	
	現住所 〒					
	本籍地 〒					
	要介護度	あてはまるものに✓印をつけてください。(以下同じ) <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 介護度1 <input type="checkbox"/> 介護度2 <input type="checkbox"/> 介護度3 <input type="checkbox"/> 介護度4 <input type="checkbox"/> 介護度5 認定有効期間 年 月 日～ 年 月 日まで				
	入居希望理由	<input type="checkbox"/> 一人暮らしで、日常生活に支障が生じている <input type="checkbox"/> 介護者(家族等)が、高齢・病弱・就労・育児等のために介護が難しい <input type="checkbox"/> 他にも介護しなければならない家族がいる <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、在宅の介護が困難である <input type="checkbox"/> 病院や他の施設から退所を求められている ※複数回答可 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	現在の介護状況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院・老人保健施設 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
	他施設への申し込み状況	<input type="checkbox"/> 他施設への申し込みなし <input type="checkbox"/> 申込み(予定)あり→(当施設も含めた入所施設を記入してください) 第1希望 () 第2希望 () 第3希望 () 第4希望 ()				
	入所希望の時期	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい <input type="checkbox"/> 年 月頃がいい <input type="checkbox"/> 特に希望はない				
収入状況	<input type="checkbox"/> 国民年金(年 万円) <input type="checkbox"/> 恩給(年 万円) <input type="checkbox"/> 厚生年金(年 万円) <input type="checkbox"/> その他収入(年 万円) <input type="checkbox"/> 共済年金(年 万円) ※複数回答可					
利用料の支払	当施設の利用料の支払方法についてお答えください。 <input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者負担 <input type="checkbox"/> 全額縁故者負担					
家族状況	続柄	氏名	年齢	住所	同居・別居	
契約代理人記入欄	フリガナ	TEL ()		-		
	氏名	続柄	携帯電話 ()	-		
	現住所 〒				※郵便物や施設からの連絡先	
	備考(その他なにかあればお書きください。)					

認知状況	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり →以下のあてはまる項目に✓印をつけてください。 <input type="checkbox"/> 自分で物をしまいなくしたり、誰かに物を盗られるような妄想がある <input type="checkbox"/> 金銭の勘定ができなくなった <input type="checkbox"/> 自分の部屋や便所の場所がわからないなど、家の中で迷う <input type="checkbox"/> 電話や留守番での受け答えができなくなった <input type="checkbox"/> 夜間眠らない <input type="checkbox"/> 鍋を焦がすなど、火の不始末がある <input type="checkbox"/> 家の外をさまよい歩く <input type="checkbox"/> 家族（介護者）への暴言や抵抗がある <input type="checkbox"/> 意味不明の言動がある <input type="checkbox"/> 奇声をあげる <input type="checkbox"/> 大便をいじる <input type="checkbox"/> 便所以外の場所で放尿する <input type="checkbox"/> 頻繁に服を脱ぐ <input type="checkbox"/> 意思の疎通が困難 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も言う <input type="checkbox"/> 食べ物以外を食べる	
	※複数回答可 その他の症状（以下にお書きください）	
身体状況	日常生活 <input type="checkbox"/> 身の回りのことは大体自分でできて、1人で隣近所へ外出できる <input type="checkbox"/> 家の中では寝たりおきたり自力で過ごせるが、外出時には介助が必要 <input type="checkbox"/> ベッド上で過ごすことが多いが、移動に車椅子を使用できる <input type="checkbox"/> 車椅子で座る姿勢が保てる <input type="checkbox"/> 1日中ベッド上で過ごし、自分では身動きできず、全てに介助が必要 医療状況 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他、特に注意すること（ ）※複数回答可 既往歴をお書きください	
	感染症の有無 <input type="checkbox"/> 有（ ） <input type="checkbox"/> 無し	
医療機関	医療機関名	主治医
	住所	TEL FAX
介護支援専門員記入欄	事業所名 氏名 ※現在担当されている介護支援専門員	
	住所	TEL FAX
	介護支援専門員の意見	