

入居申込書

申込年月日 平成 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 氏名		続柄		TEL () -	
	現住所 〒		携帯電話 () -			
	備考(その他なにかあればお書きください。)					

※郵便物や施設からの連絡先

問題なし
 問題あり →以下のあてはまる項目に✓印をつけてください。

- 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
- 金銭の勘定ができなくなった
- 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
- 電話や留守番での受け答えができなくなった
- 夜間眠らない
- 家の外をさまよい歩く
- 意味不明の言動がある
- 大便をいじる
- 頻繁に服を脱ぐ
- 同じ事を何度も言う
- 鍋を焦がすなど、火の不始末がある
- 家族（介護者）への暴言や抵抗がある
- 奇声をあげる
- 便所以外の場所で放尿する
- 意思の疎通が困難
- 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）

日常生活

- 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
- 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
- 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
- 車椅子で座る姿勢が保てる
- 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

- 経管栄養
- インシュリン注射
- その他、特に注意すること（
- 人工肛門
- 尿管カテーテル
- 胃ろう
- 在宅酸素

) ※複数回答可

既往歴をお書きください

感染症の有無

有（ ） 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
	住所	TEL () — FAX () —
介護支援専門員の意見		

※現在担当されている介護支援専門員