

# 入居申込書

受付日	年 月 日
-----	-------

※ご記入  
不要欄

受付者	
-----	--

ご入居を希望される方についてご記入ください。

フリガナ		性別	生年月日
入居希望者 氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 歳
住 所	〒 -	電話番号	
現住まい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他		
介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	要介護 1 2 3 4 5	<input type="checkbox"/> 介護保険申請中
かかりつけ	病院名	医師名	先生
	病院名	医師名	先生
	病院名	医師名	先生
必要な 医療行為	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 痰の吸引 <input type="checkbox"/> 床ずれの処置 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> その他		
自分の事	<input type="checkbox"/> 自分で行える <input type="checkbox"/> 誰かの手助けが必要( <input type="checkbox"/> 食事 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> お風呂 <input type="checkbox"/> 移動 <input type="checkbox"/> 更衣 <input type="checkbox"/> 歯磨き)		
身の回りの事	<input type="checkbox"/> 自分で行える <input type="checkbox"/> 誰かの手助けが必要( <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> ゴミ出し <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 薬の管理 <input type="checkbox"/> お金の管理)		
ご入居を希望される理由			
入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐに <input type="checkbox"/> 年 月頃 <input type="checkbox"/> 将来的に	他施設申込み状況	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない
収 入	<input type="checkbox"/> ( ) 年金受給 <input type="checkbox"/> 生活保護受給(担当者: )		2ヶ月の受領額 円

同居家族の構成をご記入ください。

氏名	生年月日	就労の有無	備考
	年 月 日 歳	有・無	
	年 月 日 歳	有・無	
	年 月 日 歳	有・無	
	年 月 日 歳	有・無	
	年 月 日 歳	有・無	

申込者氏名		続柄	連絡先	自宅: 携帯: 同行者
面談予定日:	月 日 ( ) 時 分より	担当者		
面談場所:				

※本申込書は入居の契約書ではございません。

※ご記入いただいた内容については、ご入居目的以外に使用することはございません。

※不明な点については関係機関にお問い合わせさせて頂くことがございますが、ご了承下さい。

※申込書の内容や生活状況などで変更があればご連絡をお願いします。

※介護保険サービスを利用されている場合は、別紙を担当のケアマネさんに記入してもらってください。

ご担当ケアマネージャー様

担当のご利用者の現在の状況についてご記入ください。

氏名	男・女	歳	自立度(障害・認知症)
介護度	<input type="checkbox"/> 支援 <input type="checkbox"/> 介護( ) <input type="checkbox"/> 区分変更中(申請前の介護度)		被保険者番号
有効期間	年 月 日～	年 月	被保険番号: 障害者手帳: 有・無
居宅支援事業所	事業所名		
	担当ケアマネ	連絡先	
疾患名	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
	年 月	年 月	
内服薬			
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自力歩行( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器)を用いて歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助を要す	
	食事	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助(形態) <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 治療食( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助を要す <input type="checkbox"/> 全介助(用具) <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入る <input type="checkbox"/> 介助を要す( ) (場所) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自分で行える <input type="checkbox"/> 介助を要す( ) <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 自宅では行っていない	
	口腔	<input type="checkbox"/> 自分で行える <input type="checkbox"/> 介助を要す <input type="checkbox"/> 自宅では行っていない(歯) <input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 義歯有 <input type="checkbox"/> 無歯	
IADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助を要す( <input type="checkbox"/> 調理 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 洗濯 <input type="checkbox"/> 内服管理 <input type="checkbox"/> 病院受診 <input type="checkbox"/> 買物 <input type="checkbox"/> 金銭管理)		
精神症状	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> その他( ) 具体的に		
現在利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス /週 <input type="checkbox"/> デイケア /週 <input type="checkbox"/> 訪問介護 /週( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 生活 <input type="checkbox"/> 移送) <input type="checkbox"/> 訪問看護 /週 <input type="checkbox"/> 訪問リハ /週 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 /週 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品名: )		
介護・医療上の特記事項	看護処置:		
生活歴・生活面での特記事項	出身地:	職歴:	キーパーソン:

ありがとうございました。ご家族にお返しいただくかご持参願います。  
 メディケアコートにじの里おおたか