

## 入居申込書

申込日	令和 年 月 日		
申込者	氏名		続柄
	住所		
	電話番号	携帯	

入居対象者	氏名	ふりがな	性別	男女
	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)		
	住所	〒		
	電話番号	携帯		
介護認定	要介護度 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 ( 介護認定申請中 : 申請日 年 月 日 )			
身元引受人	氏名		続柄	
	住所	〒		
	電話番号	携帯		
	職業			
現在の状況	1・自宅 2・病院 ( ) 3・施設 ( )			
かかりつけ 医療機関	病院		科	先生
	病院		科	先生
担当ケアマネ	事業所名			
	氏名			
	電話番号			
入居希望理由 (居宅において日常生活を営むことが困難な理由等)	※入居希望日：令和 年 月 日			
備考				

# 入 居 申 込 書

申込年月日	令和 年 月 日	利用者氏名			
現 状	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 療養型 <input type="checkbox"/> 他施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
介護保険サービス	利用している介護保険サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> その他 ( )				
確認欄	調査時点での在宅サービスの利用単位数 ( ) 単位) 他施設申込み状況 ( )				
健康保険	種別		年金等	種別	
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳の種類: 、障害名 ) 判定 ( 級、その他 )				
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(お皿を手の届く範囲に持って行ってあげる) <input type="checkbox"/> 全介助 入れ歯 ( )				
	内 容	主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 食事制限 ( ) 副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー ( ) <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク			
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(洗髪の介助・洗身の一部を手伝うなど) <input type="checkbox"/> 全介助 ( 特浴 ・ 一般浴 )				
着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(ボタンをかけてあげる・靴下をはかせてあげる) <input type="checkbox"/> 全介助				
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(ズボンの上げ下げなどを手伝う) <input type="checkbox"/> 全介助 排泄状況 ( <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(トイレまで歩けない方用の持ち運べるトイレ) <input type="checkbox"/> オムツ等 ) 下剤服用 ( 有 ・ 無 ) 便 日 回 失禁 ( 有 ・ 無 )				
移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(近くで見守ったり、支えが必要) <input type="checkbox"/> 全介助 歩行状況 ( <input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 立位不可 ) 移動器具の使用 ( <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子等 ) (状況: )				
視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 (老眼鏡使用 有 ・ 無 ) (状況: )				
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大声で聞こえる <input type="checkbox"/> 難聴 (補聴器 有 ・ 無 ) (状況: )				
言語・会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不明瞭 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 会話不能				
認知症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 軽度(日付や年度が不確かになるが、場所は大体分かる) <input type="checkbox"/> 中度(新しい出来事は全く覚えれない) <input type="checkbox"/> 重度(日付や粘土だけでなく、時間、場所、人物についてかなり理解できない) ) 症状 ( <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> その他 ) (状況: )				

薬の服用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (薬名等： )
既往歴	昭・平・令 年 月(頃) 昭・平・令 年 月(頃) 昭・平・令 年 月(頃) 昭・平・令 年 月(頃) 昭・平・令 年 月(頃)

【特記事項】
--------