

入居申込書

受付日
年 月 日

フリガナ			生年月日	大正 年 月 日				昭和 年 月 日	(歳)
入居希望者 氏名	(男 ・ 女)			年 月 日					
住所	(〒)		電話番号						
要介護度	要支1 ・ 要支2 ・ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		被保険者番号						
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		保険者						
障害者手帳	・なし ・あり (種 級 障害名 :)								
健康保険	・後期高齢者医療 ・国保 ・社保 ・その他 ()		生活保護 (担当者 :)						
年金	・国民 ・老齢 ・厚生 ・遺族 ・障害 ・その他 ()		※月額 :						
フリガナ			続柄	自宅電話 :					
身元引受人			職業	携帯電話 :					
住所				職場電話 :					
その他連絡先									
氏名	〒		続柄	自宅電話 :		携帯電話 :			職場電話 :
氏名	〒		続柄	自宅電話 :		携帯電話 :			職場電話 :
氏名	〒		続柄	自宅電話 :		携帯電話 :			職場電話 :
居宅介護支援事業所			担当 ケアマネ	電話					
現在の状況									
在宅サービスの 利用状況	日	月	火	水	木	金	土		
主治医 :									
診断名				内服状況					
既往歴				生活暦 ※出生、職歴、結婚、性格、住環境、生活の様子など					
家族図	※男性□、女性○、結婚□-○、死亡■・●など			入居希望理由 ※できるだけ具体的に記入して下さい。					

上記のとおりに入居を申し込みます。 入居申込者： (続柄：)

事前調査表

氏名： _____ 様		要介護度： _____	生年月日 被保険者番号
身体 状況	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 四つん這い <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子（自走可・不可）
	立位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> できない
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば 一人でできる	<input type="checkbox"/> できない
	体交	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば 一人でできる	<input type="checkbox"/> できない
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 盲	<input type="checkbox"/> 弱視 ※メガネ：なし ・ あり
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聾	<input type="checkbox"/> 難聴 ※補聴器：なし ・ あり
	言語・意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> 聞き取りにくい ※失語症 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり 部位： _____
	<input type="checkbox"/> 腔ケア	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部介助（上・下）	<input type="checkbox"/> できない	
食事	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養（ _____ ）	<input type="checkbox"/> セティングで自立 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事内容	主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー食 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 柔らか煮 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー食 水物： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー	
	方法	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> スプーン
	嚥下能力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ムセ込みあり	<input type="checkbox"/> 若干ムセ込みあり <input type="checkbox"/> 不能
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> Pトイレ・尿器	<input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 全介助
	状態	日中： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ 夜間： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ	
	失禁	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
入浴	方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 特浴
認知 症状	記憶障害	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	失見当識	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	徘徊	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	幻覚妄想	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
	暴言・粗暴行為	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし
生活	掃除・洗濯	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	買物	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	整理整頓	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	外出	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	通院	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
	電話対応	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> できない
感染症		<input type="checkbox"/> あり（ _____ ）	<input type="checkbox"/> なし
本人の希望		家族の希望	

特記事項