

# 羽沢ナーシングホーム入居申込書

申込日 年 月 日

## <申込者>

フリガナ		続柄	希望施設種別【 介護付 ・ 住宅型 】	
氏名			☎	自宅 ( )
住所	〒			携帯 ( )

## <本人の状況>

フリガナ		男 ・ 女	☎	( )
氏名				
住所	〒		生年月日	M・T・S 年 月 日( )歳

現況 自宅 入院・入所( ) その他( )

介護保険	介護保険者	区 ・ 市 ・ 町 ・ 村		
	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
		申請中 ・ 申請日：平成・令和 年 月 日頃		
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	事業所の名称		介護保険負担割合	1割 ・ 2割 ・ 3割
	生活相談員 担当ケアマネージャー等		☎	( )

現在利用しているサービスの状況 (✓をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 福祉用具
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他 ( )

医療の状況	かかりつけ医	医療機関名： 主治医： ☎： ( )
	治療中の疾病	

入居を希望する理由	例)介護者がいないため等
-----------	--------------

入居を希望する時期	1 今すぐ入居したい
	2 令和 年 月頃までに入居したい

申し込みの状況	1 当施設のみ申込みをする
	2 他施設にも申し込みをしている
	施設名： 申込日：令和 年 月頃
	施設名： 申込日：令和 年 月頃

## 入居申し込み現況調査①

フリガナ		男 女
氏名		

家 族 の 状 況  本 人 の 状 況	①氏名: _____ 続柄: _____ 年齢: _____				
	住所〒 _____		☎ 自宅 ( ) 携帯 ( )		
	勤務先: _____		雇用形態: 常勤 ・ 非常勤		職種: _____
	②氏名: _____ 続柄: _____ 年齢: _____				
	住所〒 _____		☎ 自宅 ( ) 携帯 ( )		
	勤務先: _____		雇用形態: 常勤 ・ 非常勤		職種: _____
	③氏名: _____ 続柄: _____ 年齢: _____				
	住所〒 _____		☎ 自宅 ( ) 携帯 ( )		
	勤務先: _____		雇用形態: 常勤 ・ 非常勤		職種: _____
	本人・家族の希望				
	性格		趣味		嗜好
	収入 (年金・恩給)	年金種類 金額	国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 遺族 ・ その他 /月		その他の収入 万円

<連帯保証人・身元引受人> ※予定者をご記入下さい。有職者にて収入のある方に限らせて頂きます。

フリガナ		自宅 ( )	
氏名		携帯 ( )	
住所	〒 _____	続柄	

<請求書送付先>

フリガナ		自宅 ( )	
氏名		携帯 ( )	
住所	〒 _____	続柄	

※添付書類(以下の書類と一緒にご提出下さい)

介護保険者証の写し 健康診断書(3ヶ月以内のもので、全ての検査項目の実施をお願い致します。)

※申込書の内容に変更が生じた場合には、ご連絡をお願い致します。

※判定会議後、申込書の記載事項に虚偽や変更があった場合、入居判定不可となることもありますので  
予めご了承ください。

**入居申し込み現況調査②**

身 体 状 況	利き手	□右 □左		
	麻痺	□あり □なし (部位:右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)		
	拘縮	□あり □なし (部位:右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)		
	寝返り	□可 □不可		
	起き上がり	□可 □不可		
	座位	□可 □支えれば可 □不可		
	立位	□可 □支えれば可 □不可		
	歩行	□自立 □見守り □手引き □つたい歩き □不可		
	移動	□自立 □杖 □シルバーカー □車いす		
	言葉	□話せる □どうにか話せる □単語のみ □不可		
	視力	□普通 □メガネで可 □ほとんど見えない □見えない		
	聴力	□普通 □大きな声で聞こえる □聞こえない(右・左) □補聴器使用(右・左)		
	意思疎通	□可 □時々通じる □ほとんど不可 □不可		
食 事	食事摂取	□自立 □半介助 □介助 □経管栄養		
	使用器具	□はし □スプーン □フォーク □自助具		
	飲み込み	□可 □時々むせる □不可		
	食事形態(主食)	□常食 □粥 □ミキサー		
	(副食)	□常食 □刻み □極刻み □ミキサー		
	食事制限	□なし □あり (糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・減塩食・流動食・その他)		
	療養食	塩分制限: g                  カロリー制限: kcal		
	禁止食材	□なし □あり ( )		
	義歯	□上 □下 □一部 □なし		
	アレルギー	□なし □あり ( )		
清 潔	排泄	□自立 □一部介助 □全介助		
	尿意・便意	□あり □なし		
	日中	□トイレ □ポータブルトイレ □リハビリパンツ □オムツ		
	夜間	□トイレ □ポータブルトイレ □リハビリパンツ □オムツ		
	入浴	□自立 □一部介助 □全介助		
	入浴方法	□一般浴 □機械浴		
	着替え	□自立 □一部介助 □全介助		
生 活	健康の自己判断	□できる □不十分 □できない		
	身辺整理	□自立 □一部介助 □全介助		
	服薬管理	□自立 □一部介助 □全介助		
	金銭管理	□自立 □一部介助 □全介助		
	就寝状況	□ベッド □たたみ		
	睡眠の状況	□安眠 □時々不眠 □不眠 □昼夜逆転		
認 知 症	認知症	□あり □なし		
	※認知症状がある場合には、下記項目の記入をお願い致します。			
	介護に抵抗	□あり □なし	妄想	□あり □なし
	暴言	□あり □なし	徘徊	□あり □なし
	暴力	□あり □なし	異食	□あり □なし
不潔行為	□あり □なし	その他 ( )		
医 療	医療行為	□あり □なし		
	※医療行為がある場合には、下記項目の記入をお願い致します。			
	点滴の管理	□あり □なし	中心静脈挿	□あり □なし
	人工肛門	□あり □なし	褥瘡	□あり □なし 部位( )
	気管切開	□あり □なし	経管栄養	□あり □なし
	尿カテーテル	□あり □なし		□経鼻 □胃ろう 1日 kcal
	人工呼吸器	□あり □なし	喀痰吸引	□あり □なし 頻度( 回/日 )
酸素療法	□あり □なし	インスリン	□あり □なし 頻度( 回/日 )	