

# 入居申込書 (記入例)

申込日 ○○年 ○○月 ○○日

## <申込者>

フリガナ	タナカ イチロウ	続柄	希望施設
氏名	田中 一郎	長男	川鶴・鶴ヶ島・若葉・鯨井 ナーシングホーム
住所	〒350-0000 鶴ヶ島市上広谷00-00	☎	自宅 049 ( 000 ) 0000
			携帯 090 ( 0000 ) 0000

## <本人の状況>

フリガナ	タナカ ハナコ	性別	☎
氏名	田中 花子	男・ <input checked="" type="radio"/> 女	049 ( 000 ) 0000
住所	〒350-0000 鶴ヶ島市上広谷00-00	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	鶴ヶ島 区・ <input checked="" type="radio"/> 市・町・村		
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・ <input checked="" type="radio"/> 5		
		申請中・申請日:平成・ <input checked="" type="radio"/> 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	○○居宅介護支援事業所	介護保険負担割合	<input checked="" type="radio"/> 1割・2割・3割
生活相談員 担当ケアマネージャー等	○○ ○○	☎	049( 000 ) 0000	

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 checked="" 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: ○○○○○○ ☎: 000 ( 000 ) 0000
	治療中の疾病	高血圧症、糖尿病、○○○、○○○、

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:平成・令和 ○○年 ○○月頃

施設名: ○○○○○○ 申込日:平成・令和 ○○年 ○○月頃

# 入居申し込み現況調査①

フリガナ	タナカ ハナコ	男
氏名	田中 花子	<input checked="" type="radio"/> 女

家 族 の 状 況	①氏名: ○○ ○○	続柄: ○○	年齢: ○○			
	住所〒000-0000 ○○○○○○○○○	☎	自宅 ○○○ (○○○) ○○○○	携帯 ○○○ (○○○) ○○○○		
	勤務先: ○○○○○○	雇用形態: <input checked="" type="radio"/> 常勤	・ 非常勤	職種: ○○○○		
	②氏名: ○○ ○○	続柄: ○○	年齢: ○○			
	住所〒000-0000 ○○○○○○○○○	☎	自宅 ○○○ (○○○) ○○○○	携帯 ○○○ (○○○) ○○○○		
	勤務先: ○○○○○○	雇用形態: <input checked="" type="radio"/> 常勤	・ 非常勤	職種: ○○○○		
	③氏名: ○○ ○○	続柄: ○○	年齢: ○○			
	住所〒000-0000 ○○○○○○○○○	☎	自宅 ○○○ (○○○) ○○○○	携帯 ○○○ (○○○) ○○○○		
	勤務先: ○○○○○○	雇用形態: <input checked="" type="radio"/> 常勤	・ 非常勤	職種: ○○○○		
本 人 の 状 況	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	<input checked="" type="radio"/> 国民	・ 厚生	・ 共済	・ 遺族
			○○/月		○○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	タナカ ジロウ	自宅 ○○○(○○○)○○○
氏名	田中 二郎	携帯 ○○○(○○○○)○○○
住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○	続柄 二男

### <請求書送付先>

フリガナ	タナカ サブロー	自宅 ○○○(○○○)○○○
氏名	田中 三郎	携帯 ○○○(○○○○)○○○
住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○	続柄 三男

※添付書類(以下の書類と一緒に提出下さい)

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

<b>身 体 状 況</b>	利き手	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし (部位: <u>右上肢</u> 右下肢・左上肢・右上肢)	
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (部位:右上肢・右下肢・左上肢・右上肢)	
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> つたい歩き <input checked="" type="checkbox"/> 不可	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車いす	
	言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input checked="" type="checkbox"/> どうか話せる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 不可	
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> メガネで可 <input checked="" type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えない	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々通じる <input checked="" type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可		
<b>食 事</b>	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input checked="" type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養	
	使用器具	<input type="checkbox"/> はし <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具	
	飲み込み	<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 不可	
	食事形態(主食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー	
	(副食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input checked="" type="checkbox"/> ミキサー	
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <u>糖尿病食</u> ・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: 1200 kcal	
	禁止食材	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
	義歯	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 一部 <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	
<b>清 潔</b>	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ	
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input checked="" type="checkbox"/> オムツ	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴	
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
<b>生 活</b>	健康の自己判断	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不十分 <input checked="" type="checkbox"/> できない	
	身辺整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	
	就寝状況	<input checked="" type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> たたみ	
	睡眠の状況	<input type="checkbox"/> 安眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転	
<b>認 知 症</b>	認知症	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	妄想 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	暴言	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	徘徊 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	暴力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	異食 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
不潔行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	その他 ( )	
<b>医 療</b>	医療行為	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	中心静脈導管 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	人工肛門	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位( <u>仙骨部</u> )
	気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	経管栄養 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	尿カテーテル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう 1日 kcal
	人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	喀痰吸引 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度( 回/日 )
酸素療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	インスリン <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度( <u>2</u> 回/日 )	