

入居申込書

申し込み日 令和 年 月 日

申込者	氏名	本人・家族(続柄:)・その他()
	住所 〒	—
	電話 ()	—

〈入居希望者〉

フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
氏名		性別	男 ・ 女
現住所	〒 — 電話() —		
現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他()		
主な収入 (差支えない範囲で お答えください)	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他() 合計(月額 約 万円)	
	その他収入	<input type="checkbox"/> () 合計(月額 約 万円)	
お身体の状態	健康状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 治療中 病名() (医療機関 主治医)	
	移動 (補助用具)	<input type="checkbox"/> 自分で移動できる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分でできない <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす(自走・介助) <input type="checkbox"/> その他()	
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で食事が食べられる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分でできない	
	排せつ	<input type="checkbox"/> 自分で排せつができる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分でできない	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で入浴ができる <input type="checkbox"/> 何らかの手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分でできない	
	その他 お困りのこと		

入居を希望する理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 施設に入るのではなく住宅で暮らし続けたい <input type="checkbox"/> 併設されている施設(特別養護老人ホーム)があるので安心 <input type="checkbox"/> 併設されている在宅サービス(小規模多機能型施設)があるので安心 <input type="checkbox"/> 自宅や家族が近くにあり地域的に近い <input type="checkbox"/> その他()
	* 今後の生活など自由に想いを綴ってください

〈緊急連絡先〉 *ご契約にあたり、緊急の場合の連絡先を2名お願いいたします

氏名(フリガナ)	続柄	年齢	現住所	同居・別居
			Tel:() —	同・別
			Tel:() —	同・別

〈要介護認定〉

要介護認定	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 申請中 (平成 年 月 日 申請)
要介護度	(要支援) 1・2 (要介護) 1・2・3・4・5

* 入居希望者様のご承諾のない限り、お預かりした個人情報を本利用目的以外に使用することは
 ございません。

* 要介護認定を受けていらっしゃる方は、担当の介護支援専門員に別紙ご記入いただき、添えて
 お申し込みください。

サテライトうえの
 住宅型有料老人ホーム

担当介護支援専門員記入用紙

入居希望者氏名		記入日	令和 年 月 日
要介護認定	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
有効認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
認知症高齢者の日常生活自立度	I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
障害老人の日常生活自立度	J・J2・A1・A2・BI・B2・C1・C2		
現在利用中の 居宅サービスの 内容	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 通所介護(週 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ(週 回) <input type="checkbox"/> 短期入所生活(月 日) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護(週 回) <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> その他()		
	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> その他()		
医療の状況	〈現在治療中の病気や既往歴など〉		
心身の状態	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項)	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項)	
	排せつ	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項)	
	認知症	(症状)	
ご意見			
担当介護支援専門員			事業所名
連絡先	() -		