

介護付き有料老人ホームうち（家）入居申込書【入居者状況表】

申込日 令和 年 月 日
 受付日 令和 年 月 日

申込者

住 所	〒 _____
氏名（本人との続柄）	_____ 印
電 話 番 号	(_____) _____

介護付き有料老人ホームうち（家）に入居したいので、次のとおり入居（予定）者の状況を記載の上申し込みます。

入居者の状況	フリガナ	_____	性別	_____	介護度	自立 _____	要支援（ 1 ・ 2 ） _____	
	氏名	_____	男・女	_____		要介護（ I ・ II ・ III ・ IV ・ V ） _____		
	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____) 歳	要介護 認定期間	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日から 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで				
	現住所	〒 _____ 電話 (_____) _____						
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身生活をしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活している <input type="checkbox"/> 病院に入院している（病院名 _____ 入院期間 _____ 年 _____ 月から） <input type="checkbox"/> 施設に入所している（施設名 _____ 入所期間 _____ 年 _____ 月から） <input type="checkbox"/> その他 _____						
	□にはレ印を記入	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りが無いなど、介護する人がいない <input type="checkbox"/> 身寄りはあるが、地理的に離れて住んでいる又は、病院に長期入院中などのため、事実上介護が出来ない状態にある⇒具体的状況（ _____ ） <input type="checkbox"/> 介護をするものはいるが、次の理由で十分な介護が困難である *主たる介護者：氏名（ _____ ） 本人との続柄（ _____ ） *該当理由＝ <input type="checkbox"/> 障害・程度（ _____ ） <input type="checkbox"/> 病気・病名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 高齢・年齢（ _____ 歳） <input type="checkbox"/> 就業・勤務先（ _____ ） <input type="checkbox"/> 育児・対象年齢（ _____ 歳） <input type="checkbox"/> 複数介護・他の被介護者（ _____ ） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ） <input type="checkbox"/> 上記以外（ _____ ）					
	入居希望理由	_____						
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> いますぐ <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 将来的に						
他の施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 他の施設の申込をしていない <input type="checkbox"/> 他の有料老人ホームの申込をしている⇒施設名（ _____ ） <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームの申込をしている⇒施設名（ _____ ）							
身元引受人	氏名	_____	生年月日	明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日	続柄	_____		
	現住所	〒 _____ 電話 (_____) _____						
	勤務先	_____ 電話 (_____) _____						
同意書	本申込書の内容を有料老人ホーム入居に関する資料として使用すること、及び上記申込内容に変更が生じた場合には遅滞なく事業者ご連絡することに同意します。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 本人（又は身元引受人）署名 _____ 印							

◆家族構成（同一生計者）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）	電話（勤務先）
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		() -
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		() -
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		() -
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		() -
		男・女	明・大・昭・平 年 月 日		() -

◆別居の扶養義務者

氏名	住所	続柄	性別	生年月日	電話（勤務先）
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日	() -
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日	() -
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日	() -
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日	() -
			男・女	明・大・昭・平 年 月 日	() -

◆生活歴（主な職歴、主な病歴等を記入してください）

年月日	内容

◆現在、治療又は服薬中の病気等

病名	医療機関

◆日常生活動作

移動	<input type="checkbox"/> 自立【 <input type="checkbox"/> 独立・ <input type="checkbox"/> 杖・ <input type="checkbox"/> 歩行器】 <input type="checkbox"/> 車椅子【 <input type="checkbox"/> 自操・ <input type="checkbox"/> 介助】 <input type="checkbox"/> 不可
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（形態： ）
排泄	<input type="checkbox"/> 自立【 <input type="checkbox"/> トイレ・ <input type="checkbox"/> Pトイレ】 <input type="checkbox"/> 一部介助【 <input type="checkbox"/> トイレ・ <input type="checkbox"/> Pトイレ】 <input type="checkbox"/> 全介助【 <input type="checkbox"/> トイレ・ <input type="checkbox"/> Pトイレ・ <input type="checkbox"/> 差込み】 <input type="checkbox"/> 不可（おむつ使用） *Pはポータブル
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助（形態： ）
着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
起座	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可

視力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 弱視（左・右） <input type="checkbox"/> 全盲
聴力障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや難聴（左・右） <input type="checkbox"/> 難聴
言語障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由
会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> どうにか可 <input type="checkbox"/> 不可
歯の障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯（上・下）
失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
徘徊	<input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 居室内・ <input type="checkbox"/> 屋内・ <input type="checkbox"/> 屋外】 <input type="checkbox"/> なし

◆指定居宅介護支援事業者及び担当ケアマネージャー

事業所名	担当ケアマネージャー氏名
------	--------------

◆備考

希望居室番号 _____ 号室