

入居申込書

申込受付日: 令和 年 月 日
 担当職員:

申込者	フリガナ		続柄	年齢	職業
	氏名				
	住所	〒 -	電話①	-	-
			電話②	-	-

その他家族	フリガナ		続柄	年齢	職業
	氏名				
	住所	〒 -	電話①	-	-
			電話②	-	-

入居を希望するのは、(多床室 ・ 個室)です。 施設見学 < 済 ・ 未 >

希望者	フリガナ		生年月日	大正・昭和		性別
	氏名			年 月 日 (歳)	男・女	
	住所	〒 -				
介護認定	申請 (更新・変更) 中・済		被保険者番号			
要介護度	1・2・3・4・5		認定期間	令和 年 月 日～令和 年 月		
居宅介護支援事業所			担当ケアマネージャー			

希望者は 自宅にいる 施設に入居している 病院へ入院している

入院・入居先	施設名		施設種別	
	入院・入居期間	年 月 日 ~		
	入院・入居理由:			

在宅サービス利用状況	<input type="checkbox"/> なし (病院へ入院・施設へ入居している)
	<input type="checkbox"/> 通所系サービス(デイサービス・デイケア) 事業所名:
	<input type="checkbox"/> 訪問系サービス(ホームヘルパー・訪問看護) 事業所名:
	<input type="checkbox"/> 短所入所生活介護(ショートステイ) 事業所名:

医療に関する状況 ※複数回答可 あてはまる□にチェックしてください

医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他:	
	かかりつけ医療機関:	主治医:
病歴		

入居希望理由

※複数回答可 あてはまる□にチェックしてください

<input type="checkbox"/> 介護者がいない 介護者が <input type="checkbox"/> 長期入院 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 遠方に在住 <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> 介護者はいるが、十分な介護が出来ない 介護者が <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気療養中 <input type="checkbox"/> 障がいがある
<input type="checkbox"/> 介護にあたる時間を十分に確保できない <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 他に介護をしている <input type="checkbox"/> 育児 <input type="checkbox"/> その他：
<input type="checkbox"/> 居住環境により、在宅での生活が困難である
<input type="checkbox"/> 上記以外の理由で介護を行うことが出来ない 理由：

入居希望者の身体状況

※あてはまる□にチェックしてください

食事	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 毎回むせる	
移動	移動状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	移動補助具	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 老人車	<input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子
排泄	排泄状態	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	尿便意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> あいまい	<input type="checkbox"/> なし	
その他	視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない	<input type="checkbox"/> 眼鏡
	聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない	<input type="checkbox"/> 補聴器
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> ある程度可能	<input type="checkbox"/> 相づち程度	<input type="checkbox"/> 不可能
認知症の症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※以下の項目であてはまる□にチェックしてください(複数回答可)				
	<input type="checkbox"/> 物忘れがある	<input type="checkbox"/> 帰宅願望や徘徊がある			
	<input type="checkbox"/> 暴言や暴力、介護抵抗がある	<input type="checkbox"/> 夜間不眠や昼夜逆転がある			
	<input type="checkbox"/> 不潔行為や異食行為がある	<input type="checkbox"/> 幻聴や幻覚、被害妄想がある			
	<input type="checkbox"/> 感情が不安定になる	<input type="checkbox"/> 大声や奇声を発する			
	<input type="checkbox"/> 物を集めてしまい込む	<input type="checkbox"/> 火や水の管理が難しくなっている			
	<input type="checkbox"/> その他：				

申込状況

他の施設に <input type="checkbox"/> 申し込んでいる <input type="checkbox"/> これから申し込む <input type="checkbox"/> 申し込んでいない
他の施設の名前：

備考	

【 説明確認及び同意書 】

- 入居申し込みから契約までの必要な手続き、入居順位決定方法、ならびに入居にあたっての注意事項について説明を受けました。
- 申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。
- 入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居者名簿から削除または保留されることに同意します。
- 入居制度の適正な運用のため、この申込書及びそれから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。
- 施設が居宅介護支援事業者、入居施設へ入居希望者の状況について確認することに同意します。

令和 年 月 日 氏名 印 続柄