

入居申込書

平成 年 月 日 申請

申請者氏名	Ⓜ	続柄	
住所	〒 -		
電話	自宅	()	携帯電話 - -
	勤務先	()	名称

利用者の状況	氏名	(ふりがな)		性別	男 ・ 女		
				生年月日	M・T・S 年 月 日()歳		
	現住所	〒 -			電話番号	()	
	介護保険	被保険者番号				保険者名	
		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3				
			認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	担当ケアマネージャー	<input type="checkbox"/> いる	氏名 事業所名				
		<input type="checkbox"/> いない	事業所所在地 電話番号 ()				
	利用しているサービス	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア (週 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (週 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 小規模多機能施設 (通い週 回 ・ 泊り週 回) <input type="checkbox"/> その他					
	認知症	なし ・ 有り (軽 ・ 中 ・ 重) 主な症状[]					
	移動	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖または老人車使用 <input type="checkbox"/> 車いす使用					
	食事	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ()					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	排泄	<input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ※おむつ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 有り					
	緊急連絡先 (2名記入)	氏名	住所			電話番号	続柄
		氏名	住所			電話番号	
	身元引受人	氏名	住所			電話番号	
	家族構成	氏名	続柄	年齢	居住	住所	
					同・別		
					同・別		
				同・別			
				同・別			
主治医	医療機関名	主治医氏名			主な疾患		
	医療機関名	主治医氏名			主な疾患		
年金種別	国民年金 ・ 厚生年金 ・ その他共済年金						
利用開始の希望日		年 月 日 ()					