

入 所 申 込 書

申込日 年 月 日

ふりがな				入所希望日	・ 今すぐ入所希望 ・ 年 月 日から入所希望
利用者氏名					
生年月日	明・大・昭	年 月 日	要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
性別	男 ・ 女	認定有効年月日	平成	年 月 日	～ 年 月 日
住所	〒 電話番号 ( )				
介護保険負担限度額認定証	第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階 ・ 第四段階				
申込者氏名				利用希望者との続柄	
住所	〒 電話番号 ( ) 携帯電話 ( ) 連絡の取れる時間帯				
利用希望の理由・目的				現状他に申し込みをされている施設	
退所後の予定	①自宅 ②施設 ③未定				
現在の状況	①自宅（同居者 有り ・ 無し）②入院中（入院先： ） ②施設入所中（施設名： ） ③その他（ ）				
かかりつけ医療機関	TEL			主治医	
居宅介護支援事業所	TEL			担当 ケアマネジャー名	
同居者の状況	氏 名	年齢	続柄	連絡先	
同居者以外の連絡先	氏 名	年齢	続柄	連絡先	
				住所	
				TEL ( )	
				住所	
				TEL ( )	

生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー		介助	自立・一部介助・全介助		
	食事	主) 普通・かゆ・ミキサー (箸・スプーン)		介助	自立・一部介助・全介助		
		副) 普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー					
	排泄	トイレ・ポータブル・尿器・おむつ		介助	自立・一部介助・全介助		
	入浴	介助浴・座浴・特浴		介助	自立・一部介助・全介助		
送迎時の介助	付き添い・車椅子・ストレッチャー		要・不要				
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない (眼鏡 有り・無し)		身長	cm	体重	kg
	聴力	普通・聴こえにくい・聴えない (補聴器 有り・無し)		精神状態	安定・不安定 (幻覚・興奮・攻撃・他)		
	発語	普通・やや不自由・不自由		認知症			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		問題行動			
健康状況	病歴						
	医療の状況	経管栄養・胃ろう・カテーテル・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他 ( )					
	感染症	無・有 ( )		アレルギー	無・有 ( )		
	皮膚刺激	普通・弱い		麻痺	無・有 ( )		
	便秘	無・有 (服薬: 無・有)		拘縮	無・有 ( )		
	睡眠	良・不良 (服薬: 無・有)		褥瘡	無・有 ( )		
	嚥下	異常なし・むせる・つめる		湿疹	無・有 ( )		
	入れ歯	無・有 (上・下)		口腔保清	要・不要 ( )		
介護の状況	主たる介護者氏名		年齢	性別 男・女	続柄		
	就労状況等	就労中・共働き・育児 その他 ( )					
	介護期間	年 月頃から		その他の介護者	無・有 氏名		
住環境	区分	持ち家・借家 / 高層住宅 階 (エレベーター 有・無)					
	住宅改修	可・不可 改修済 ( )					
	立地等	在宅サービス利用に問題点 無・有 (送迎・訪問・その他)					
現在、医療機関にかかられている場合は医療機関名と内容、処方されているお薬名を記入して下さい。 (複数ある場合も全て記入して下さい。)							