

記載日： 年 月 日

この申込書は、入居資格を判定する資料になりますので、現況を詳細にご記入ください。虚偽の申告をされますと、入居が出来ない場合があります。入居申込書に記載された内容は、事業者において守秘義務を厳守いたします。但し、法令上、義務付けられている関係機関から依頼がある場合、情報を提供することがあります。

ふりがな 入居者名	(男・女)		生年月日 明・大・昭 年 月 日	歳
現住所	(〒 -)		(固定電話 - -) (携帯電話 - -)	
居住状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 ()			
家族構成	氏名	続柄	家族構成 (ジェノグラム)	
同居者・近親者の状況		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		
		同居・別居		

※身元保証人 (緊急連絡先①) は必ずご記入ください。

ふりがな 身元保証人			生年月日 年 月 日	
			続柄	
住 所	(〒 -)			
	固定電話	- -	携帯電話	- -
勤務先 ※無職の場合は 記入不要	名称			
	住所		固定電話	- -

緊急連絡先 ②	ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日	
			続柄	
	住所	〒 (-)		
	固定電話	- -	携帯電話	- -
緊急連絡先 ③	ふりがな 氏名		生年月日 年 月 日	
			続柄	
	住所	〒 (-)		
	固定電話	- -	携帯電話	- -

主治医 <small>(かかりつけ医)</small>		医療機関名： 担当医師名： <small>※診療情報提供書提出の場合は記入不要</small>			
既往歴 病状詳細		<small>※診療情報提供書に記載の場合は記入不要</small>			
医療処置		<input type="checkbox"/> 血液透析（透析原疾患： / 透析導入日：） <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡（床ずれ） <input type="checkbox"/> 痰の吸引			
身体状況（別紙ADL確認表に記載の場合は記入不要）	移乗	<input type="checkbox"/> 移乗自立 <input type="checkbox"/> 移乗見守り <input type="checkbox"/> 移乗一部介助 <input type="checkbox"/> 移乗全介助 <input type="checkbox"/> 移動歩行（自立・杖・歩行器） <input type="checkbox"/> 移動車いす（自走・介助）			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 紙おむつ（テープ式）			
	入浴更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	食事摂取 嚥下機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	視力 聴力				
	認知症状 問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 記憶力低下（軽・中・重）			
介護保険 認定情報		<input type="checkbox"/> 未申請 / <input type="checkbox"/> 認定済み（現在の認定情報を下記へ記載してください） <input type="checkbox"/> 申請中（ <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更申請中）			
		被保険者番号		保険者名	
		介護認定期間		負担割合証	1割・2割・3割
		要介護度	要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5		
現在の担当ケアマネ事業所名		<small>※担当ケアマネ不在の場合は記入不要</small>			
現在の担当ケアマネ		<small>(TEL - -)</small>			
身体障害者手帳	種 級 障害名（ ） <small>※お持ちでない場合は記入不要</small>				
健康保険の種類	<input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 各種共済 <input type="checkbox"/> 船員保険				