

# 入居申込書

申込日 年 月 日

## <申込者>

フリガナ		続柄	希望施設 川鶴・鶴ヶ島・若葉・鯨井 ナーシングホーム	
氏名				
住所	〒		☎	自宅 ( )
				携帯 ( )

## <本人の状況>

フリガナ		男・女	☎	( )
氏名				
住所	〒		生年月日	M・T・S 年 月 日( )歳

現況 自宅 入院・入所( ) その他( )

介護保険	介護保険者	区・市・町・村		
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
		申請中・申請日:平成・令和 年 月 日頃		
	認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
	事業所の名称		介護保険負担割合	1割・2割・3割
	生活相談員 担当ケアマネージャー等		☎	( )

現在利用しているサービスの状況 (✓をつけて下さい)	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	<input type="checkbox"/> 福祉用具
	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> その他 ( )

医療の状況	かかりつけ医	医療機関名: 主治医: ☎: ( )
	治療中の疾病	

入居を希望する理由	例)介護者がいないため等
-----------	--------------

入居を希望する時期	1 今すぐ入居したい
	2 令和 年 月頃までに入居したい

申し込みの状況	1 当施設のみ申込みをする
	2 他施設にも申し込みをしている
	施設名: 申込日:平成・令和 年 月頃
	施設名: 申込日:平成・令和 年 月頃

## 入居申し込み現況調査①

フリガナ		男 女
氏名		

家 族 の 状 況  本 人 の 状 況	①氏名:	続柄:	年齢:			
	住所〒	☎	自宅	( )		
			携帯	( )		
	勤務先:	雇用形態:常勤・非常勤		職種:		
	②氏名:	続柄:	年齢:			
	住所〒	☎	自宅	( )		
			携帯	( )		
	勤務先:	雇用形態:常勤・非常勤		職種:		
	③氏名:	続柄:	年齢:			
	住所〒	☎	自宅	( )		
			携帯	( )		
	勤務先:	雇用形態:常勤・非常勤		職種:		
本人・家族の希望						
性格	趣味		嗜好			
収入 (年金・恩給)	年金種類 金額	国民・厚生・共済・遺族・その他 /月		その他の収入 万円		

<連帯保証人・身元引受人> ※予定者をご記入下さい。有職者にて収入のある方に限らせて頂きます。

フリガナ		自宅	( )
氏名		携帯	( )
住所	〒	続柄	

### <請求書送付先>

フリガナ		自宅	( )
氏名		携帯	( )
住所	〒	続柄	

※添付書類(以下の書類と一緒に提出下さい)

介護保険者証の写し 健康診断書(3ヶ月以内のもので、全ての検査項目の実施をお願い致します。)

※申込書の内容に変更が生じた場合には、ご連絡をお願い致します。

※判定会議後、申込書の記載事項に虚偽や変更があった場合、入居判定不可となることもありますので  
予めご了承ください。

### 入居申し込み現況調査②

身 体 状 況	利き手	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	麻痺	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位:右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (部位:右上肢・右下肢・左上肢・左下肢)
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input type="checkbox"/> 不可
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 不可
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす
	言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> どうにか話せる <input type="checkbox"/> 単語のみ <input type="checkbox"/> 不可
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> メガネで可 <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器使用(右・左)
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可
食 事	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	使用器具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具
	飲み込み	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 不可
	食事形態(主食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー
	(副食)	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極刻み <input type="checkbox"/> ミキサー
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (糖尿病食・腎臓病食・肝臓病食・減塩食・流動食・その他)
	療養食	塩分制限:                  g                  カロリー制限:                  kcal
	禁止食材	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (    )
	義歯	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 一部 <input type="checkbox"/> なし
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (    )
清 潔	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
生 活	健康の自己判断	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不十分 <input type="checkbox"/> できない
	身辺整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	就寝状況	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> たたみ
	睡眠の状況	<input type="checkbox"/> 安眠 <input type="checkbox"/> 時々不眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
認 知 症	認知症	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※認知症状がある場合には、下記項目の記入をお願い致します。
	介護に抵抗	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	妄想	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	暴言	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	徘徊	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
暴力	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
異食	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
不潔行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
その他	(    )	
医 療	医療行為	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ※医療行為がある場合には、下記項目の記入をお願い致します。
	点滴の管理	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	中心静脈導管	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	人工肛門	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	褥瘡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位(                  )
	気管切開	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	経管栄養	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
尿管カテーテル	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう	1日                  kcal	
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度(                  回/日 )	
酸素療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度(                  回/日 )	
	喀痰吸引 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度(                  回/日 )	
	インスリン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度(                  回/日 )	