

入居申込書(入居希望者状況表)

申込年月日: 令和 年 月 日	(フリガナ) 申込申請者 (続柄)
受付年月日: 令和 年 月 日	住所 〒
	電話番号

介護付有料老人ホーム「つばきの郷」に入居したいので、次のとおり入居希望者の状況を記載の上申し込みます。

入居者の状況 □にはし印を記入	(フリガナ) 氏名	要介護区分	申請中・1・2・3・4・5	
	生年月日	明大昭 年 月 日 (歳)	認定日(または申請日) 令和 年 月 日	
	現住所	〒	認定期間 令和 年 月 日~ 令和 年 月 日	
	生活の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で生活している <input type="checkbox"/> 病院に入院中(病院名:) 入院期間: 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> 施設に入所中(施設名:) 入所期間: 令和 年 月 日から <input type="checkbox"/> その他	被保険者番号	
	介護の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りがないなど、介護するものが全くない <input type="checkbox"/> 身寄り(子や親族)があるが、地理的に離れて住んでいる <input type="checkbox"/> 同居する家族はいるが、次の理由により十分な介護が困難である ・主たる介護者: 氏名 ・該当理由⇒ <input type="checkbox"/> 障害がある: <input type="checkbox"/> 病気である <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 高齢である <input type="checkbox"/> 仕事に著しい支障がある <input type="checkbox"/> 育児対象者がいる <input type="checkbox"/> 他にも介護を要する者がいる ※具体的に() <input type="checkbox"/> 上記以外()		
	居宅介護支援事業者、その他の支援者	事業所名 担当ケアマネージャーなど	住所:	電話:
	現在受けている介護サービス	訪問介護()を /週) 通所介護()を /週)	短期入所()を /月)	
	健康保険証	社会保険 / 国民健康保険 / 生活保護		
	障害者手帳	無・有 (等級 種 級 障害名:)		
	年金などの収入	年金の有無 (無・有:) 年金 月額/約 (円)	他収入の有無 (無・有:) 月額/約 (円)	

家族構成(同居の家族)

氏名	続柄	性別	生年月日	勤務先	日中の連絡先電話番号
			明・大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社
			明・大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社
			明・大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社
			明・大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社

別居の扶養義務者(実子等の親族)

氏名	続柄	性別	生年月日	現住所	日中の連絡先電話番号
			大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社
			大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社
			大・昭 年 月 日		自宅 携帯
			平・令 年 月 日		会社

生活歴(主な職歴・婚姻歴・転居など)

年 月 頃	病名	医療機関	治療開始時期
年 月 頃			昭・平・令 年 月 日
年 月 頃			昭・平・令 年 月 日
年 月 頃			昭・平・令 年 月 日
年 月 頃			昭・平・令 年 月 日

現在治療中の病気

病歴(治療・入院を要した病気など)

年 月 頃	処方薬
年 月 頃	
年 月 頃	
年 月 頃	

日常生活機能

移動動作	自立・支え介助・見守介助・全介助 (独歩・1点杖・4点杖・歩行器・車椅子)	視力障害	無・弱視(左・右)・全盲
立ち上がり	自立・つかまれば可・一部介助・全介助	聴力障害	無・やや難聴/難聴(左・右)・全聾
イス・ベッドへの移乗	自立・一部介助・全介助	言語障害	無・少し不自由・不自由
起座	自立・支え介助・見守介助・全介助	会話能力	日常会話可能・簡単な内容可能・不可
食事動作	自立・見守介助・一部介助・全介助	口腔の状態	自歯・一部義歯・総義歯(上・下) 咀嚼(噛む力)に問題 有・無
排泄方法 (日中)	トイレ・ポータブルトイレ・おむつ内	むせ	食べ物: 無・時々有・有
排泄方法 (夜間)	自立・誘導要・トイレ動作介助・全介助	食事内容	水分: 無・時々有・有
排泄意	日中: 有・不確か・無・失禁無・失禁有 夜間: 有・不確か・無・失禁無・失禁有	皮膚状態	普通食・刻み食・ミサー食・流動食
入浴	一般浴槽・特殊浴槽(一部介助・全介助)	痛み	床ずれ: 無・有 (位置)
着脱衣	自立・指示介助・一部介助・全介助	麻痺	他の皮膚疾患 ()
			無・時々有・有 (位置)
			無・有 (位置)

精神面

物忘れの問題	無・有 (あるが日常的に支障はない・日常的に著しく支障がある)
認識での問題	無・有 場所(わかる・わからない) / 人(わかる・わからない) / 物(わかる・わからない) 日付(わかる・わからない) / 時間(わかる・わからない)
理解での問題	無・有 (指示内容が理解できる・できない) (状況が理解できる・できない)
心の不安定	無・有 (常・一時・夜間) 具体的に:
夜間の睡眠	良眠・不眠(処方薬: 無・有)
徘徊行動	無・有 (常・時々・夜間) 具体的に:

身元引受人

氏名	Ⓜ	生年月日:	大・昭・平 年 月 日
現住所	〒	電話:	
勤務先	〒	電話:	

同意書

本申込書の内容を有料老人ホームつばきの郷入居に関する資料として使用すること、および上記申込内容に変更が生じた場合には遅滞なく事業者連絡することに同意します。

令和 年 月 日

本人(又は身元引受人) 署名

印