

特定施設入居者生活介護  
ケアハウス好日館 殿

申込者 住所

氏名

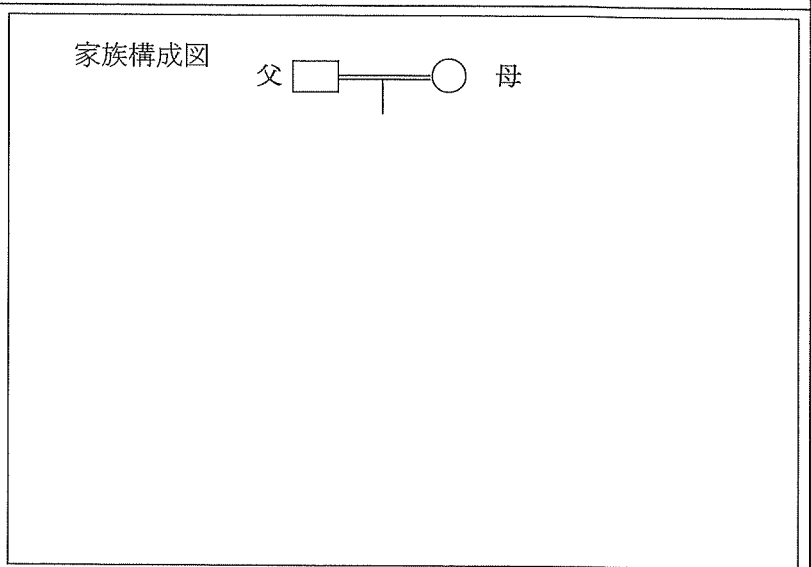
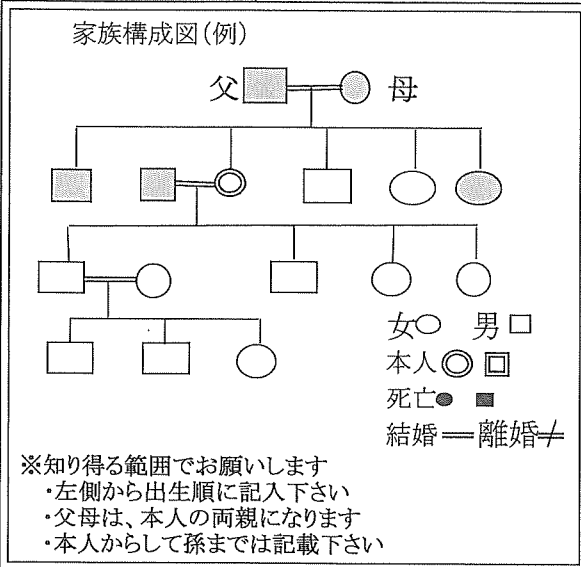
入居希望者  
との関係

自宅電話

携帯電話

入居希望者の状況	ふりがな											
	氏名	男・女					生年月日	明治 大正 昭和	年	月	日	歳
	住所											
	介護保険	介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5									
		被保険者番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
		認定期間	介護保険証	H・R	年	月	日	～	H・R	年	月	日
	医療保険	種別						障害者手帳	有	等級	級	
		記号番号							無	運賃減額	第 種	
	収入状況	年金等	年金種別(○印)	年金種類(○印)		受給額						
			・国民年金	・老齢 ・障害 ・遺族		年額( 円)						
・厚生年金			・老齢 ・障害 ・遺族		年額( 円)							
・共済年金			・退職 ・障害 ・遺族		年額( 円)							
・その他の収入			・( )収入		年額( 円)							
本人の所在	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居(敷地内含) 在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容 ) <input type="checkbox"/> なし											
	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( ) 施設又は病院名( ) その入所又は入院年月(H 年 月頃)											
	現病名( ) 過去の病歴( ) 過去の入院歴( ) <input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )											
日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある → 特記すべき症状 ( ) <input type="checkbox"/> 無し											
	<input type="checkbox"/> 視力に障がいがある <input type="checkbox"/> 聴力に障がいがある <input type="checkbox"/> 言語に障がいがある <input type="checkbox"/> 手足に障がいがある											
	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"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )							
	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"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食   内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食							
	排泄・・・	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )							
入居希望の理由	<input type="checkbox"/> 身寄りがいない若しくは家族等がいても疎遠であるなど介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況にあり、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就業しているため、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所または、退院を求められているが、自宅での介護が困難なため <input type="checkbox"/> 他施設へ入所申込みをしている ( )											
	※その他、具体的なお困りな状況を記載下さい(介護者の身体的・精神的負担、居住環境、事故の危険性など)											

介護療養 系 関係	主治医	医療機関名:	主治医氏名:
	担当ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> いる 事業所名	担当者名 <span style="float:right;"><input type="checkbox"/>いない</span>



生活歴	分かる範囲でお願いします	
	・出生地	・子供
	・最終学歴	・性格
	・就業(経歴)	・趣味
	・結婚(いつ頃)	・宗教
その他		

入居後の希望	入居後、施設生活での希望・要望を記載下さい
	本人  家族

注意点 入居前にあった注意事項及び入居後に注意することは、必ずご記入下さい。

身元引受人	ふりがな		希望者との関係	生年月日	
	氏名			昭和 平成 年 月 日 満 歳	
	住所	〒 — 県			
	連絡先	(自宅)	(携帯)		
		(勤務先名称)	(連絡先)		
入居までの連絡者	ふりがな		希望者との関係	生年月日	
	氏名			昭和 平成 年 月 日 満 歳	
	住所	〒 — 県			
	連絡先	(自宅)	(携帯)		
		(勤務先名称)	(連絡先)		

個人情報取得・提供の同意

入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。また、高齢者施策に役立たせるため高知県及び関係市町村から要請があった場合、入居希望者の情報を提供することに同意します。

なお、入居申込の次年度に入居意思また、状況確認の連絡をさせて頂きませんが、入居希望者が死亡、施設・病院等への入所または、入居・入院その他の理由により、入居の必要がなくなった場合には、速やかにその旨を連絡し申込みを取り下げます。

入居希望者氏名 印  
 申込者氏名 印