

ケアハウス朝来（特定施設）・入居申込書

ケアハウス朝来 管理者 様

入居希望者について、介護保険法令に基づき要介護（要支援）の認定を受けましたので、この入居申込書により入居を希望致します。

令和 年 月 日 氏名 _____

入居対象者	フリガナ						
	氏名						
	現住所	〒 —					
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳） 男・女					
	電話番号	— —					
申込手続 代行者	フリガナ				続 柄		
	氏名				続 柄		
	現住所	〒 —					
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日（ 歳） 男・女					
	電話番号	— —					
収入の状況	年金恩給等	種 類			年 額	円	
	給 与				年 額	円	
	不動産収入	種 類			年 額	円	
	利 子 収 入				年 額	円	
	その他収入				年 額	円	
	借 入 金	金 額	円		借入先	期間 年	
利用料経費 支払方法等	1. 本人負担 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者						
	「1」以外 の場合	住 所					
		氏 名			続 柄		
		職 業					
身 元 保証人	1	フリガナ				続 柄	
		氏名				続 柄	
		現住所	〒 — TEL — —				
		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳） 男・女				
		勤務先	会社名	TEL — —			
			住所	〒 —			
	2	フリガナ				続 柄	
		氏名				続 柄	
		現住所	〒 — TEL — —				
		生年月日	昭和・平成 年 月 日（ 歳） 男・女				
		勤務先	会社名	TEL — —			
			住所	〒 —			
介 護 状 態	介護 認定	認定市町村			認定日	令和 年 月 日	
		要介護(支援)度			認定期間	年 月 日	
		被保険者番号				～ 年 月 日	
	相談窓口	居宅支援事業者名			担当者名		

在 宅 状 況	現況	一人暮らし・高齢者所帯・一般世帯 入院中又は入居中（病院名又は施設名： 期間： 年 月～）						
	介護困難状況	遠方・疾病・入院・高齢・障害・複数介護・就業・共働き・育児等						
	在宅サービスの 状況	サービス名	利用頻度		サービス名	利用頻度		
日 常 生 活	日常 動作	移 動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		形態	杖・歩行器・車椅子		
		食 事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		備考			
		入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		形態	介助浴 ・ 座浴 ・ 特浴		
		排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		形態	トイレ ・ ポータブル ・ 尿器 ・ おむつ		
		着脱衣	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助		備考			
身 体 状 況	視力	普通・見えにくい・見えない		身長	cm	体重	kg	
	聴力	普通・聞こえにくい・聞こえない		発語	普通・やや不自由・不自由			
	理解力	普通・分かりにくい・分からない		精神状態	安定・不安定（ ）			
	認知症	無・有（ 認知症老人の日常生活自立度：Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ ）						
	問題行動	無・有（ 暴言・暴行、不潔行為、一人が出たがる、一人で戻れない、常時の徘徊、介護に抵抗、異食行動、昼夜逆転、火の不始末、物を壊す等 ）						
健 康 状 態	現疾患			病 歴				
	主治医			電話番号				
	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（ ）			
生活歴	出生地	期間	住所（市町村まで）					
	及び	～						
	転居歴	～						
性 格	1. 静かなほうが好き 2. 賑やかなほうが好き 3. どちらでも良い							
	1. 気が短い 2. 気が長い 3. 普通			協調性は 1. ある 2. ない				
趣味など	趣味・特技				嗜好品			
	食事	好きなもの			嫌いなもの			
その他								

注）入居申込書は契約書ではなく、契約に関しては「申込方法から契約の流れ」に沿って行います。

なお、申込順で入居を決定するものではありませんのでご留意下さい。

入居申込書受付日		受付者	
----------	--	-----	--