社会福祉法人秦ダイヤライフ福祉会　介護付き有料老人ホーム　入居申込書

令和　　年　　月　　日

下記の者の入居の予約をいたします。身体状況に変化があった時、または予約を取り消す時にはすぐに連絡をいたします。また、迅速なサービス提供を行うために法人内事業所での入居希望者の情報を提供する事に同意します。 なお、入居時には改めて契約をし、施設利用をします。

申込希望の事業所に〇印をして下さい。

（　　）　介護付き有料老人ホーム馴染み横丁

（　　）　介護付き有料老人ホーム千金の一日

申し込み者　住所

氏名

電話番号　自宅

携帯電話

本人との続柄（　　）

※連絡を取れる方の住所と電話番号を記載して下さい。

入居希望者の氏名	フリガナ		性別	男・女
生年月日	大・昭	年　月　日	年齢	歳
住所	〒			
電話番号	（　　）			
現在の居場所				
担当ｹｱﾏﾈｰｼﾞｬｰ名	※該当者がいる場合のみ記載してください。			
要介護状態区分	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5
介護保険認定日	平成・令和　年　月　日			
介護保険認定期間	平成・令和　年　月　日　～　平成・令和　年　月　日			
介護保険負担割合証	入居希望者の負担割合　1・2・3　割			
収入状況	年金等	（種別）　（支給年額）　円/月		
		（種別）　（支給年額）　円/月		
現在利用中の介護サービス	・			
	・			
	・			
	※ホームヘルパー、デイサービス、ショートステイなど			

裏面へ続く

心身の状況			
食事	普通食・刻み食・流動食		
	自立・見守り程度・介助が必要		
	アレルギー等　　・あり（　　）　　・なし		
排泄	紙おむつ　・　紙ﾊﾟﾝﾂ　・　尿取りﾊﾟｯﾄ　・　使用していない		
	自立・見守り程度・介助が必要	場所	・トイレ・ポータブルトイレ・ベッド上
入浴	自立・見守り程度・介助が必要		
衣類の着脱	自立・見守り程度・介助が必要		
歩行の状況	独歩 ・ 杖歩行 ・ 手引き歩行 ・ ｼﾙﾊﾞｰｶｰ ・ 歩行器 ・ 歩いていない（車いす）		

医療の状況		
病歴	現病歴	
	既往歴	
現在の医療行為	※現在行われている医療行為について、該当するものに〇を付けてください。 ・痰吸引　・胃ろう　・鼻腔栄養　・透析　・ペースメーカー ・酸素療法　・バルーン　・ストーマ　・インシュリン注射　・褥瘡処置	
	・感染症の有無　・あり（・C型肝炎　・B型肝炎　・MRSA　・その他）・なし	

申し込み理由		
現在の介護状況に該当するものに〇をつけてください	1,介護する者はいるが、地理的に離れている若しくは病院等に長期入院の状況等にあり、十分な介護が困難	
	2,介護する者はいるが、要介護状態、病気療養中、障害を有するなどの状況にあり、十分な介護が困難	
	3,介護する者はいるが、要支援状態、高齢等の状況にあり、十分な介護が困難	
	4,介護する者はいるが、複数の介護や育児を行っているなど、十分な介護が困難	
	5,介護する者はいるが、就業しているため、十分な介護が困難	
	6,その他（	