

羽沢ナーシングホーム入居申込書 (記入例)

申込日 ○○年 ○○月 ○○日

<申込者>

フリガナ	タナカ イチロウ	続柄	希望施設種別【 介護付 ・住宅型】	
氏名	田中 一郎	長男	自宅	049 (○○○) ○○○○
住所	〒 354-○○○○ 富士見市羽沢○○-○○		携帯	090 (○○○○) ○○○○

<本人の状況>

フリガナ	タナカ ハナコ	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>	電話番号	049 (○○○) ○○○○
氏名	田中 花子	生年月日	M・T・S ○○年 ○○月 ○○日 (○○) 歳		
住所	〒 354-○○○○ 富士見市羽沢○○-○○				

現況 自宅 入院・入所 () その他 ()

介護保険	介護保険者	富士見 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	○○居宅介護支援事業所	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	○○ ○○	電話番号	049 (○○○) ○○○○		

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 checked="" 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: ○○○○○○ ☎: 000 (000) 0000
	治療中の疾病	高血圧症、糖尿病、○○○、○○○、

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: 令和 ○○年 ○○月頃
施設名: ○○○○○○	申込日: 令和 ○○年 ○○月頃

入居申し込み現況調査①

フリガナ	タナカ ハナコ	男
氏名	田中 花子	女

家 族 の 状 況	①氏名: ○○ ○○	続柄: ○○	年齢: ○○
	住所〒000-0000 ○○○○○○○○○	☎	自宅 ○○○ (○○○) ○○○○ 携帯 ○○○ (○○○) ○○○○
	勤務先: ○○○○○○	雇用形態: 常勤 ・非常勤	職種: ○○○○
の 状 況	②氏名: ○○ ○○	続柄: ○○	年齢: ○○
	住所〒000-0000 ○○○○○○○○○	☎	自宅 ○○○ (○○○) ○○○○ 携帯 ○○○ (○○○) ○○○○
	勤務先: ○○○○○○	雇用形態: 常勤 ・非常勤	職種: ○○○○
本 人 の 状 況	③氏名: ○○ ○○	続柄: ○○	年齢: ○○
	住所〒000-0000 ○○○○○○○○○	☎	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	国民 ・厚生・共済・遺族・その他	その他の収入
	金額	○○/月	○○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	タナカ ジロウ	自宅	000(000)0000
氏名	田中 二郎	携帯	000(0000)0000
住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○	続柄	二男

<請求書送付先>

フリガナ	タナカ サブロー	自宅	000(000)0000
氏名	田中 三郎	携帯	000(0000)0000
住所	〒000-0000 ○○○○○○○○○	続柄	三男

※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 checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左
	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし (部位: <u>右上肢</u> 右下肢・左上肢・右上肢)
	拘縮	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし (部位:右上肢・右下肢・左上肢・右上肢)
	寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
	座位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input checked="" type="checkbox"/> 不可
	立位	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 支えれば可 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 車いす
	言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	使用器具	<input type="checkbox"/> はし <input checked="" type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具
	飲み込み	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> ミキサー
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<u>糖尿病食</u> ・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: 1200 kcal
	禁止食材	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし
	アレルギー	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 全介助
	尿意・便意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> オムツ
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴
	着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> できない
	身辺整理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	就寝状況	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転
認 知 症	認知症	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
その他	()	
医 療	医療行為	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 部位(<u>仙骨部</u>)
	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	
経鼻	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
人工呼吸器	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
胃ろう	1日 kcal	
酸素療法	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
喀痰吸引	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度(回/日)	
インスリン	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 頻度(<u>2</u> 回/日)	