

入居申込書(入所者状況表)

申込日： 年 月 日

受付日： 年 月 日

申込者

住所	〒 -
氏名(本人との続柄)	()
電話番号	- -

介護付有料老人ホーム「スローライフもんぜん」に入居したいので、次のとおり入居(予定)者の状況を記載の上、申し込みます。

入居者の状況 (□には ✓印を記入)	フリガナ		性別		介護度	自立 要支援(1・2)
	氏名		男・女			要介護(1・2・3・4・5)
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	要介護 認定期間			年 月 日から 年 月 日まで
	現住所	〒 -	電話			- -
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で1人で生活している。 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と生活している。 <input type="checkbox"/> 病院に入院している (病院名 入院期間 年 月から) <input type="checkbox"/> 施設に入所している (病院名 入所期間 年 月から) <input type="checkbox"/> その他				
	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 身寄りが無いなど、介護する人がいない。 <input type="checkbox"/> 身寄りはあるが、地理的に離れて住んでいる、または病院に長期入院中などのため事実上介護ができない状態にある。⇒具体的状況 () <input type="checkbox"/> 介護するものはいるが、次の理由で十分な介護が困難である。 ・主たる介護者:氏名 () 本人との続柄 () ・該当理由 <input type="checkbox"/> 障害:程度 () <input type="checkbox"/> 病気:病名 () <input type="checkbox"/> 高齢:年齢 (歳) <input type="checkbox"/> 就業:勤務先 () <input type="checkbox"/> 育児:対象年齢 (歳) <input type="checkbox"/> 複数介護:他の被介護者 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 上記以外 ()				
	入居希望理由					
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年後 <input type="checkbox"/> 1年後 <input type="checkbox"/> 将来的に				
他の施設への 申込状況	<input type="checkbox"/> 他の施設を申し込んでいない <input type="checkbox"/> 他の有料老人ホームの申込をしている ⇒ 施設名 () <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホームの申込をしている ⇒ 施設名 ()					
身元引受人	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日	続柄	
	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入居に関する資料として使用すること、及び上記申込内容に変更が生じた場合には、遅滞なく事業者ご連絡することに同意します。 年 月 日 本人(身元引受人) 署名					

○家族構成(身元引受人の家族)

氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -
氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -
氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -
氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -

○別居の主な家族

氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -
氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -
氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号
			大・昭・平 年 月 日		- -
			携帯番号	勤務先名	勤務先電話番号
			- -		- -
					職業
			- -		- -

○生活歴(主な職歴、主な病歴等を記入してください)

年月日	内容
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	
年 月 日	

○現在、治療または服薬中の病気等

病名	医療機関名

○日常生活動作

移動	・自立(独立・杖・歩行器) ・車椅子(自操・介助) ・不可
食事	・自立 ・一部介助・全介助(形態:)
排泄	・自立(トイレ・Pトイレ) ・一部介助(トイレ・Pトイレ) ・全介助(トイレ・Pトイレ・差込み) ・不可(おむつ使用) ※Pはポータブル
入浴	・自立 ・一部介助・全介助(形態:)
着脱衣	・自立 ・一部介助・全介助
起座	・自立 ・一部介助・全介助・不可
寝返り	・自立 ・一部介助・全介助・不可

視力障害	・無・弱視(左・右)・全盲
聴力障害	・無・やや難聴(左・右)・難聴
言語障害	・無・少し不自由・不自由
会話	・普通・どうにか可・不可
歯の障害	・無・一部義歯・総義歯(上・下)
失禁	・有・無
褥瘡	・有・無
徘徊	・有(居室内・屋内・屋外)・無

○指定居宅介護支援事業者及び担当ケアマネージャー

事業所名	担当ケアマネージャー氏名
------	--------------

○備考

階	号室
---	----