

# 入居申込書

令和 年 月 日

入居を希望される方の情報	ふりがな											男・女	生年月日： 明治・大正・昭和
	氏名	(旧姓: )											年 月 日生 (満 才)
	現住所	〒											
	電話番号						FAX						
	介護保険者番号											特養の申込状況	
	認定有効期間	年 月 日から 年 月 日										済・未	
	認定日											介護保険負担割合	
	介護度	要支援 2 ・ 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5											
	認知症診断の有無	有 ・ 無		診断医療機関名									
	日常生活自立度			判定医療機関名						判定日			
	障害自立度			判定医療機関名						判定日			
	障害者手帳をお持ちの場合	手帳		種		級		療育手帳		等級			
	主治医	病院名			医師名								
	住所・電話番号	〒			-		-						
	現病歴 既往歴												
	現在のお住まい	<input type="checkbox"/> 自宅 (1人暮らし又は老夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他の施設 ( )											
	居宅介護支援事業所名						担当介護支援専門員						
	収入	年金 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> その他 ( )					受給額 /1ヶ月						
		生活保護 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有					その他収入 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 /1ヶ月						
	入居先を探す理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護者が「高齢」「障害」「疾病」等により十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しており、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 病院・介護老人保健施設に退院、退所を求められているが、自宅に戻る事が困難なため <input type="checkbox"/> その他											
(生活保護の方も全て可) 希望施設			グループホーム「ママ家」 (認知症対応型共同生活介護)				居室料		20,230円 (全室同額)				
			コミュニティママ家 (認知症対応型共同生活介護)				居室料		24,900～32,200円 (4タイプの居室あり)				
			ベストライフママ家 (住宅型有料老人ホーム)				居室料		30,000円 (1号館) 38,400円 (2号館)				
	入居要件に当てはまり、入居出来ればどこでもいい。												

申込代理人	氏名											続柄 ( )	年齢 ( 歳)
	住所	〒											
	電話番号	-					-					ご勤務先	
	携帯番号	-					-					電話番号	

入居希望される方の症状や動作について (あてはまる□に✓を記入ください)	1. 物をとられたなど被害的になることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	2. 作り話をし、周囲にいいふらすことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	3. 実際にはない物が見えたり聞こえたりすることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	4. 頻繁に泣いたり、笑いだしたり感情が不安定なことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	5. 夜間の不眠、あるいは昼夜逆転が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	6. 暴言や暴行(暴力)が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	7. 大声を出す事が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	8. 助言や介助に抵抗する事が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	9. 目的も無く動き回ることが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	10. 自宅にいても「家に帰る」といい落ち着かなくなる事が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	11. 近所から戻れなくなる事が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	12. 一人で外に出たがり、目が離せない状態が	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	13. 色々な場所から必要ではない物などを持ってきてしまうことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
	14. 食べられないものを口に入れてしまうことが	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 以前はあった
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 掴まればできる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればできる	<必要な物>
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればできる <input type="checkbox"/> 全て介助	
排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればできる(誘導・着脱) <input type="checkbox"/> 全て介助	
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝いがあればできる <input type="checkbox"/> 全て介助	
食事形態	<input type="checkbox"/> 普通の食事 <input type="checkbox"/> 一口大に刻んだ物 <input type="checkbox"/> 細かく刻んだ物 <input type="checkbox"/> ペースト状	
義歯	<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> なし	飲み物にトロミ <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 不要
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> あまり見えない <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> メガネをかければ	眼鏡 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
聴力	[右] <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で話せば <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無
	[左] <input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 大声で話せば <input type="checkbox"/> あまり聞こえない <input type="checkbox"/> 聞こえない	
言葉	<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 途切れ途切れで話せる <input type="checkbox"/> 単語なら話せる <input type="checkbox"/> 話せない	

※ ご本人様(入居を希望される方)の状況についてより詳しく把握するため、施設が必要な場合は、市町村から要介護認定に係る認定調査票の情報や主治医意見書の情報を提供して頂いてもよろしいでしょうか。よろしければ下記に署名・捺印をお願いします。

ご本人 \_\_\_\_\_ 印

代理人 \_\_\_\_\_ 印