

## 埴生の宿入居申込書

申込日	令和	年	月	日
-----	----	---	---	---

連絡先(今後の連絡はこの連絡先になります)

ふりがな		入居者との続柄		〒	-
名前			住所		
電話番号	-	-	携帯番号	-	-

入居希望者

ふりがな		性別		明治	
氏名		男・女	生年月日	大正	年 月 日( 歳)
				昭和	
住所	〒 -				
	電話番号 - -				
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中				
	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2		認定の有効期間	平成・令和 年 月 日から	
	<input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5			平成・令和 年 月 日まで	
介護サービス利用状況	利用しているサービス		利用頻度	事業所名	
担当介護支援専門員	事業所名			担当者名	

現況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居				
	<input type="checkbox"/> 入院中	入院(所)先名		入院(所)期間	平成 年 月 日から 令和
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自力歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 車イス移動 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 主食： <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 副食： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きざみ <input type="checkbox"/> 小ぎざみ <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつ使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 常時			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> ある程度 <input type="checkbox"/> ほとんど通じない			
	障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 攻撃的 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> うつ状態 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他( )			
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眼鏡等使用 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他( )			
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 補聴器使用： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 月までには入居したい
入居希望理由	<input type="checkbox"/> 一人暮らしで在宅生活に不安 <input type="checkbox"/> 施設に入所するまでの間介護が困難 <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により介護が困難 <input type="checkbox"/> 家族の介護負担が大きい <input type="checkbox"/> 病院や施設等から退院(所)を求められているが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他( )
申込状況	<input type="checkbox"/> 当住宅のみ申し込み <input type="checkbox"/> 他住宅にも申し込み中

医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養( ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他( )	
	主な病名	
	主治医	病院名: 担当医師:
	服薬状況	
	特記事項	

連帯保証人

ふりがな		入居者との続柄		性別	男・女
氏名		生年月日	年 月 日( 歳)		
住所	〒 - -				
電話番号	- -	携帯番号	- -		
勤務先		勤務先電話番号	- -		

現在困っている事等

--

住宅記入欄

--