

入 所 申 込 書

申込日		受付日	
-----	--	-----	--

○申込者（ご記入くださる方をお書きください）

住 所	〒		
(ふりがな)		電 話	
氏 名			

○入所希望者の情報（入所される方についてお書きください）

(ふりがな)		性 別	
氏 名		電 話	
現 住 所	〒		
生 年 月 日		年 月 日	(歳)

・健康保険

種 別		記号・番号	
-----	--	-------	--

・年金等

種 別	
-----	--

・障害者手帳等（有る方のみご記入ください）

手帳種類					
障害名		判 定	級 (度)	年 月 日	

・介護保険

被保険者番号					
要介護度					
認定期間		年 月 日	～	年 月 日	

・家族構成（最初の行に主介護者（キーパーソン）をお書きください）

お 名 前	続 柄	年 齢	性 別	職 業	携 帯 番 号

・生活歴（職業・宗教・趣味などをお書きください）

--

○入所を希望される方の状況をお書きください

体格	身長		体重	
眼鏡	有	無	視力障害	
補聴器	有	無	聴力障害	
拘縮	有	無	部位 ()	
麻痺	有	無	部位 ()	
褥瘡	有	無	部位 ()	
皮膚疾患	有	無		
浮腫	有	無		
運動機能障害	有	無		

・食事

※1 食事方法は「一人で食べる」「介護が必要」「時々介護が必要」など

食事方法							
形態	主食						
	副食						
	経管栄養	鼻腔	有	無	胃ろう	有	無
	() カロリー						
制限食							
嗜好食							
摂取量							
嚥下障害							
義歯	無	総入歯	部分入歯	上	下		

・移動方法

※1 歩行は「自立」「手引き」「手すりに掴まって」「杖」「不安定」など

※2 車椅子は「自走」「自分で移乗」「介助が必要」「リクライニング」など

歩行	車椅子	
----	-----	--

・排泄

※1 トイレは「手すりに掴まれる」「ポータブル」「全介助必要」など

※2 オムツは「24時間」「夜間のみ」など

トイレ	オムツ			
尿意	有	無		

・感染症（有る場合は具体的にすべてご記入ください）

無	有	
---	---	--

・整容（ご自分でできることに○を付け、こだわりなどご記入ください）

更衣	洗面	入浴	
----	----	----	--

○入所される方の疾患等について

・入所される方の疾患がある場合は、すべてお書きください。

※例：高血圧、糖尿病、アルツハイマー型認知症など

--

・要介護状態となった原因をお書きください

※例：「転倒して骨折し歩行できなくなった」「認知症が進んだため」など

--

○現在利用されている居宅サービ

※1 該当するものを全て選んでください

※2 []内に事業所名をご記入ください

訪問介護	月に	回程度	[]
訪問入浴介護	月に	回程度	[]
訪問看護	月に	回程度	[]
訪問リハビリ	月に	回程度	[]
居宅療養管理指導	月に	回程度	[]
通所介護	月に	回程度	[]
通所リハビリ	月に	回程度	[]
短期入所生活介護	月に	回程度	[]
短期入所療養介護	月に	回程度	[]
福祉用具	貸与	購入	
住宅改修	時期		場所
その他			

○入所を希望する理由をお書きください

※「一人暮らしで介護者がいない」「介護しているが困難なため」などを

具体的にお書きください

--

○入所される方の生活状況

・居宅の区分

同居	別居	
キーパーソンの続柄		

・介護している上でのお困りごとがあったらお書きください

--

・入所を希望する時期をお書きください（「今すぐ」「〇〇」までには」など）

--

・他施設の申し込み状況（有る場合は施設名をお書きください）

無	有	
---	---	--

・担当ケアマネージャー

事業所名	
------	--

氏名		電話	
----	--	----	--

・当施設へのご質問、ご希望などありましたらお書きください

--

※入所希望者の要介護度や家族等介護者の状況など、当申し込み書に記載した項目に変更があった場合、あるいは他施設に入所された場合は、必ずご連絡をお願いいたします。