

受付番号 ()

受付年月日

令和 年 月 日

入 居 申 込 書

ケアハウス 虹 の 丘 施設長 様

【特定入居】

申込年月日 令和 年 月 日

ふりがな		性別	生年月日
入居希望者氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日 (満 歳)
現在の居所	施設 ・ 病院 ・ 在宅 (名称) (所在地) 〒 電話		
住民票所在地 (自宅)	〒 電話		
介護認定状況	申請中 ・ 要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
健康状況	健康 ・ 病弱 ・ 通院加療中 病院名 病名 その他持病		
身体障害	ない ・ ある (部位) 身体障害者手帳 無 ・ 有 (種 級)		
生活状況	生活保護 (受けている・受けていない) 年金・恩給等 種類 () 年額 (円) その他収入等		
申込者氏名 (身元引受人)	続柄 ()		
住所 連絡先	〒 電話 () - 携帯電話		

日常生活動作	食 事	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 部 介 助 箸・スプーン・フォーク
	入 浴	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 部 介 助
	排 泄	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 部 介 助 ・ポータブル使用 おむつ使用（している・していない）
	着脱衣	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 部 介 助
	移 動	自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 部 介 助 杖・シルバーカー 車イス使用（自 立 ・ 一 部 介 助 ・ 全 部 介 助）
精神の状況	認知症	有（軽度・中度・重度） ・ 無
	対 人	意思疎通（良好・やや悪い・悪い）
	関 係	拒否的 ・ 普 通 ・ 協 調 的
特 記 事 項		
備 考	※入居希望理由（生活上困っていることなど）を御記入ください。	

※ 記入上のお願い

各項目に記入又は該当するところを○で囲んでください。

※ 申込書を提出する際には、介護保険証の写しを添付してください。

紹介事業所名 _____

電 話 _____

担 当 者 名 _____