

入居申込書

	汐風の家								
	彩りの家	申込日	年	月	日				

↑いずれかに○をつけて下さい

申込者	住所	〒 _____							
	氏名								
	本人との続柄		電話番号	()					

入居希望者の状況	保険者の名称			被保険者番号												
	要介護度	支2・1・2・3・4・5		要介護認定期間	平成	年	月	日から	平成	年	月	日まで				
	フリガナ			性別												
	氏名			男・女	年月日	明・大・昭	年	月	日	()歳						
	住所	〒 _____														
	現在利用している施設・サービス等	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、有料老人ホームなどに入所(入居)している <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所(入院)している <input type="checkbox"/> その他() 施設等に入所(入居・入院)している場合 <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 50%;">施設名又は病院名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>(所在地)</td> <td></td> </tr> </table>											施設名又は病院名		(所在地)	
	施設名又は病院名															
	(所在地)															
	ADL状況	移動														
		食事														
排泄																
入浴																
更衣																
	意思疎通	可 ・ ある程度可 ・ 不可														
その他	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等から退所(退院)を求められているが、在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> 当該施設を退所して長期入院し、退院することになったが在宅での介護が困難 <input type="checkbox"/> その他()															
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月頃までに入居したい															
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込 <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる															

主たる介護者	フリガナ			性別								
	氏名			男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	()歳		
	入所希望者との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他()										
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居している 住所: 〒 _____ <input type="checkbox"/> 別居している 電話番号: ()										
	介護者の状況(複数回答可)	<input type="checkbox"/> 身寄りがいないなど介護する者がいない または介護する者が地理的に離れている <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、病気等により長期入院中、病気療養中の為十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、複数人の介護または障害を有する為十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、高齢であり十分な介護が困難 <input type="checkbox"/> 介護する者はいるが、育児または就業している為十分な介護が困難										
	{補足すべき身体の状態について、具体的にご記入下さい}											

身元引受人予定者	氏名			続柄						
	氏名			続柄						

担当ケアマネージャー等	氏名			連絡先	()						
	事業所名										

情報提供に関する入居希望者の同意確認欄	私は、入居申込施設が尾道市・居宅介護支援事業所・主治医等から私の介護認定・その他入居に関わる必要な情報の提供を受ける事に同意します 平成 年 月 日 _____ 氏名 (印)											
---------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

問合せ 株式会社コラボケア TEL:0848-55-1480 FAX:0848-47-1115