

記入例

特別養護老人ホーム高麓 入居申込書

施設長 様

記入日 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

記入者氏名

高麓 一郎

続柄

長男

1 入居申込者の状況

（フリガナ） 氏 名	コウロク ハナコ 高麓花子	性 別	男・女 男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	要介護度	3	認定の有効期間				
生年月日	明・大・昭 ○年○月○日（○歳）	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	保険者	○ ○ 市（区）・町・村	令和○年○月○日から 令和○年○月○日まで				
住 所	〒（○○○-○○○○） ○○市 △△123番地	負担割合証	1割 <input checked="" type="radio"/> 2割 <input type="radio"/> 3割 <input type="radio"/>	負担限度額認定証	なし <input type="radio"/> あり <input checked="" type="radio"/> （ 段階）	本人収入				
		一か月 約 8 万円		課税状況（市町村民税）						
		課税 <input checked="" type="radio"/> 非課税 <input type="radio"/> ※本人が属する世帯全員								
電話	（○○○）○○○-○○○○	入居希望時期			1. <input checked="" type="radio"/> すぐにでも入居したい 2. <input type="radio"/> 6か月以内には入居したい 3. <input type="radio"/> 将来的には入居をしたい					
希望する居室	※複数選択可 <input checked="" type="radio"/> 1. ユニット型個室 <input checked="" type="radio"/> 2. 従来型個室 <input checked="" type="radio"/> 3. 多床室（4人部屋）									
身 体 の 状 態	医療	病名 高血圧(H18)・脳梗塞(H23.6) 左大腿骨頸部骨折手術(R3.9) ペースメーカー・インスリン・経鼻栄養・胃瘻・吸引・酸素療法・導尿カテーテル・ストマ（人工肛門）・その他								
	食事	<input checked="" type="radio"/> 1. 自分で食べられる <input type="radio"/> 2. 少し手伝いが必要 <input type="radio"/> 3. 全て手伝える <input type="radio"/> 4. 経管栄養（胃瘻）								
	排泄	<input checked="" type="radio"/> 1. 自分でトイレに行く <input type="radio"/> 2. 手伝えればトイレでできる <input type="radio"/> 3. おむつをしている								
	移動	<input type="radio"/> 1. 一人で歩ける <input checked="" type="radio"/> 2. 支えれば歩ける <input type="radio"/> 3. 車椅子を使う <input type="radio"/> 4. 寝たきり								
	麻痺	<input type="radio"/> 1. ない <input checked="" type="radio"/> 2. ある → 部位 右半身まひ								
認知症の状況	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	認知症日常生活自立度	I <input type="radio"/> II <input type="radio"/> III <input type="radio"/> IV 不明であれば無記入のまま <input checked="" type="radio"/> M							
認知症状の具体的症状	例 食事を食べたことを忘れる。 最近、突然怒り出すことが多くなった。									
障害者手帳等の有無 （知的障害・精神障害等の状況）	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※有の方は、右記へ	身体障害者手帳			療育手帳 ・ 精神障害者保健福祉手帳					
居宅サービスの利用状況	*利用サービス、利用頻度、利用期間を記載してください。 ○○○ショートステイ 月に5日間 デイサービス○○○ 週三回（(月)・水・金) レンタル 車いす ベッド									

家族、身元引受人等の連絡先 *介護者欄には、主たる介護者に◎、介護協力者に○を記載してください。

（フリガナ） 氏 名	コウロク イチロウ 高麓 一郎	続柄	長男	介護者	◎	生年月日	大・昭・平 ○年○月○日
住 所	〒（○○○-○○○○） ○○市 △△123番地	電話	自宅 (○○○)○○○-○○○○ 携帯 (○○○)○○○-○○○○				
（フリガナ） 氏 名	タカクサヤマ ユメコ 高草山 夢子	続柄	長女	介護者	○	生年月日	大・昭・平 ○年○月○日
住 所	〒（○○○-○○○○） ○○市 △△456番地	電話	自宅 (○○○)○○○-○○○○ 携帯 (○○○)○○○-○○○○				

（裏面も記入してください。）

