

# フルケア 入居申込書

長江 西田地方 滑川 天正寺  
水橋 大沢野

申込日 平成 年 月 日

※太枠内をご記入ください。

ふりがな			性別	生年月日	大・昭・平 年 月 日
入居申込者氏名			男・女		
入居申込者住所					
介護保険被保険者番号					要介護認定有効期間
要介護度(a)	1・2・3・4・5		生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
疾病等の状況	ふりがな		診断名(病名)		
	主治医氏名 医療機関名		投薬名		
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 【現在治療中の病気・特記事項等】					
食事提供	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ	
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない	
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない		言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい	
在宅での生活状況 在宅で介護を受けている方のみ		<input type="checkbox"/> 同居者がいる <input type="checkbox"/> 同居者がいない 要介護の認定を受けてからの期間 <input type="checkbox"/> 引き続き1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満			
入院・入所の状況 病院・施設等に入院・入所 されている方のみ		入院・入所している施設の名称( ) 引き続き入院・入所している期間 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満			
在宅サービスの 利用状況	居宅介護支援 事業所名		介護支援専門員		
利用している サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション[月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション [月に 回程度] <input type="checkbox"/> その他				

## 身元引受人

ふりがな			性別	続柄
氏名	印		男・女	
住所	〒			
電話番号			携帯電話	
FAX番号			メールアドレス	@
自由記入欄				

面談日	年 月 日	:	入居決定日	年 月 日
-----	-------	---	-------	-------