

申込日 年 月 日

入居申込書

地域密着型入居者生活介護

特定施設 みやびの里 様

入居者希望者の状況	保険者 (市町村)	介護保険被保険者番号										
	要介護認定度	要介護認定有効期限										
	ふりがな	年 月 日 ~ 年 月 日										
	氏名	生年月日 大正 年 月 日 昭和 満 歳										
世帯の状況	住所	①子と同居 ②高齢者夫婦世帯 ③独居 ④その他 ()										
	現在居所	()病院 ()介護施設 自宅 その他										
身元連絡先	ふりがな	希望者との関係					大正 昭和 年 月 日					
	氏名											
	住所											
	電話番号	(自宅) (携帯) (勤務先)										
医療状況	現病名	()										
	既往歴	() <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> カテーテル										
医療	主治医	医療機関【 】 主治医【 】										
介護	担当ケアマネージャー	事業所名【 】 担当者名【 】 担当ケアマネージャーへの情報収集のご連絡 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 徘徊がある <input type="checkbox"/> 精神安定剤を服用している 移動... <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他() 食事内容... <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 治療食 食事行為... <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 排泄... <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他()											
理由	※ その他の具体的な状況、入居ご希望の理由											