

# 入居申込書

※入居申込(予約)の有効期間：申込日から1年間

|                   |                  |                          |              |
|-------------------|------------------|--------------------------|--------------|
| 受付日               | 平成 年 月 日         | 受付番号                     |              |
| 氏名                |                  | 介護度                      | 支2 1 2 3 4 5 |
| 生年月日              | 大正・昭和 年 月 日 ( 歳) |                          |              |
| 住所                |                  |                          |              |
| 生活状況              | 自宅               | 在宅サービス( ) 支援専門員:         |              |
|                   | 病院               | 病院名( ) 主治医:              |              |
|                   | 施設               | 施設名( ) 相談員:              |              |
| 主病名・既往歴           |                  |                          |              |
| 家族構成              |                  |                          |              |
|                   | 介護者( ) 協力者( )    |                          |              |
| A D L<br>(日常生活動作) | 移動               | 自立・一部介助・全介助( )           |              |
|                   | 排泄               | 自立・一部介助・全介助( )           |              |
|                   | 入浴               | 自立・一部介助・全介助( )           |              |
|                   | 更衣               | 自立・一部介助・全介助( )           |              |
|                   | 食事               | 自立・一部介助・全介助( )           |              |
|                   | 障害               | ない・ある(麻痺・視力・聴力・言語・その他: ) |              |
|                   | 認知症              | 主症状 ( )                  |              |
| 申込者名              | ( 歳) 続柄( )       |                          |              |
| 住所                | 電話( )            |                          |              |
| 連絡先               | 勤務先: 電話( ) 携帯( ) |                          |              |
| 家庭環境              | 就労(ある・ない)        | 育児・教育(ある・ない)             | 家族の看病(ある・ない) |
| その他の連絡先           |                  |                          |              |
| 【備考】              |                  |                          |              |
|                   |                  |                          |              |
|                   |                  |                          |              |
|                   |                  |                          |              |