

入居申込み書兼調査票

令和 年 月 日

本人	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和	性別	男・女
	氏名			年 月 日 (歳)		
	住所	郵便番号 (-)		電話番号		

家族・申込者	フリガナ		続柄		備考	
	氏名					
	住所	郵便番号 (-)		電話番号		
				携帯番号		
その他 連絡先	郵便番号 (-)		電話番号			

支援事業所 居宅介護	事業所名		電話番号	
	フリガナ		備考	
	担当者			

他施設の 申込状況	施設名 1		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名 2		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
	施設名 3		申込 予定・済 (申込時期 年 月頃)
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> いずれ入居したい		

【説明確認及び同意書】

<ul style="list-style-type: none">入居申込から契約までの必要な手続き、入居順位決定方法、ならびに入居にあたっての注意事項について、施設から説明を受けました。入居前調査において取得した個人情報、施設で行われる入居判定の資料として使用することに同意します。申込書の内容に変化があった場合は、施設に連絡することについて同意します。入居可能な案内があったにもかかわらず、自己都合により入居を辞退した場合は、入居順位名簿から削除されることに同意します。入居制度の適正な運用のため、この申込書兼調査票及びそれらから作成した資料等を行政機関等の求めに応じて提供することに同意します。施設が居宅介護支援事業者等への入居希望者の状況について確認することに同意します。
令和 年 月 日 氏名 _____ 印 (続柄) _____

介護認定	済・申請中（更新・変更）	被保険者番号	
要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	有効期限	令和 年 月 日～令和 年 月 日

入居者本人の状況	現在の住居及び介護サービスの利用状況 （□内は該当項目にチェック） 該当する番号1つに○	1. 施設 <input type="checkbox"/> 特養（ <input type="checkbox"/> 従来型 <input type="checkbox"/> ユニット型） <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> 養護 <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 認知症グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 救護・更生施設（保護施設） <input type="checkbox"/> 障害者入所施設 <input type="checkbox"/> 生活支援ハウス <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者住宅 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） 施設名： _____ 担当者： _____
		2. 病院（病名： _____ 入院：令和 年 月 日から） 病院名： _____ 担当者： _____
		2. 在宅 <input type="checkbox"/> 訪問介護（ <input type="checkbox"/> 週4回以上 <input type="checkbox"/> 週2～3回 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護（ <input type="checkbox"/> 週1回以上） <input type="checkbox"/> 訪問看護／訪問リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護／通所リハビリテーション（ <input type="checkbox"/> 週2回以上 <input type="checkbox"/> 週1回） <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護／療養介護（最近3ヶ月の利用日数合計 _____日） <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 複合型サービス <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）

	介護状況	具体的な状況
食事	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	
歩行（移動）	自立 一部介助 全介助	
麻痺	無 （ 左上肢 左下肢 右上肢 右下肢 ）	
拘縮	無 部位： 肩関節 肘関節 股関節 膝関節 足関節 その他（ <input type="checkbox"/> ）	
視力	問題なし やや見えにくい 見えない	
聴力	問題なし やや聴こえづらい 聴こえない	
会話	問題なし やや困難 できない	
精神疾患	有 無	
認知症	有 無	
特記事項		

かかりつけ病院名	TEL
病歴・現病歴	

※今までにかかったご病気・手術歴や現在治療中のご病気について分かる範囲で記入してください。

該当する番号に○をして下さい。 申込者を取り巻く家族介護の状況		介護の状況
	1	身寄りがなく介護する者がいない。
	2	介護する者が、長期入院・入所しており実質的に介護する者がいない。
	3	介護する者が、遠方に在住等で実質的に介護する者がいない。
	4	介護する者はいるが、十分な介護力がない。 介護者が要介護状態・病気療養中、障害を有している
	5	介護する者はいるが、介護にあたる時間を十分確保できない。 介護する者が要支援状態・高齢である・就労している・育児をしている・他にも介護をしている
	6	介護する者はいるが、上記以外の理由で介護を行うことが困難である。 具体的に：()
7	1～6に該当しない。(介護に欠ける状態ではない)	

※「遠方」とは、申込み宅へ家族等が訪問するのに2時間以上かかる距離である場合をいう。

※「介護者」とは、同居・同一敷地内又は近隣に在住している者をいう。

※「育児」とは、未就学の乳幼児を世話している場合をいう。

申込者の現在の 生活基盤	年金	国民年金 厚生年金 共済年金 その他 () 1ヶ月あたりのおおよその金額 () 円
	住居	本人の持ち家 借家 (一軒家) アパート その他 ()

入居の申込をした理由をお書きください。

受付年月日	令和 年 月 日	受付担当者		職種	
備考：					