

介護付有料老人ホームあい日吉（地域密着型特定施設入居者生活介護）入居申込書

介護付有料老人ホームあい日吉に入居希望のため申し込みます。

平成 年 月 日

申込者	氏名	本人・ケアマネ・家族(続柄:)・その他()	
	住所 〒		
	連絡先	()	()

*今後の連絡先☐本人・家族()・ケアマネ・施設()・病院()

利用者	ふりがな	男	生年月日	明・大・昭
	氏名	女	年 月 日	歳
	住所 〒	函館市 電話 ()		

介護保険被保険者番号										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
---------	---------------------------

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先（緊急時）	氏名	続柄
	住所 〒	
	電話 自宅 ()	勤務先等

家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	職業	同居・別居	備考	

現在の状況	1 在宅で生活中 独居・家族()	今後の生活・施設への希望
	2 入院中 医療機関名_____	
	3 施設入所中 施設名_____	

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）

*移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助/独歩・杖歩行・歩行器使用・車いす・その他()

*食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

*排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル・おむつ使用（常時・夜間のみ）

*認知症： 有 ・ 無 ()

*感染症： 有 ・ 無 ()

既往症・主治医・病名・手術・定期受診病院名など	施設処理欄
-------------------------	-------