

介護付有料老人ホームあい美原（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美原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	()	()

*担当のケアマネージャー () 居宅支援事業所名 ()

*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 〒	—	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	電話番号	職業	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 ()

*必要としている医療的処置： 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） 在宅酸素 人工透析
ペースメーカー 尿管カテーテル インスリン注射 その他 ()

既往症・主治医・病名・手術・定期受診病院名など	備考
-------------------------	----

連絡先 〒041-0806 函館市美原3丁目13-32

介護付有料老人ホームあい美原

TEL.0138-83-6165

FAX.0138-83-6168

担当（亀田／林）