

入居申込書

申し込み日 令和 年 月 日

フリガナ ご本人氏名		男・女 様	明治・大正・昭和 生年月日	年 月 日	歳
ご本人の 〒 現住所			電話番号		
ご家族の連絡先		住所 〒			
フリガナ 氏名		様	電話番号		
ご本人との続柄 ()	携帯番号		
介護 度	要支援 2	認知症の診断内容	[診断名:]		
	要介護 1・2・3・4・5		[診断日: 年 月 日]		
認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日				
現在利用しているサービス	事業所名	電話			
担当ケアマネ氏名	事業所名	連絡先電話番号			
様					
健康状態	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 治療中	通院(月 回)	病名 []	
主治医			往診(月 回)		
【 これまでの認知症の症状と最近の様子(日常生活で問題となっている行動や意思疎通が困難 など) 】					
<歩行> 1 自立 2 一部介助 3 全介助 詳細			<排泄> 1 自立 2 一部介助 3 全介助 詳細		
<食事> 1 自立 2 一部介助 3 全介助 詳細			<利用しているサービスの様子>		
【 ご家族が心配なこと・困っていること・希望したいこと 】					

※本帳票における個人情報、ご入居の判定のみに使用させていただきます

申し込みには本書類と介護保険証の写しを添付してください