

# サービス付き高齢者向け住宅（特定施設）入居申込書

施設名

サービス付き高齢者向け住宅

木場清里苑 施設長 様

入居を希望するので、下記のとおり申込みます。

申込日	令和	年	月	日
受付日	令和	年	月	日
受付者				

入居希望者	ふりがな							性	男	生年月日				
	氏名							別	女	明・大・昭	年	月	日	( 歳)
	住所	〒												(TEL )
被保険者番号								要介護度	1	2	3	4	5	
								要支援	自立 1 2					
保険者番号								保険者名						
初回要介護認定年月日	令和 年 月 日							認定の有効期間	令和 年 月 日～ 令和 年 月 日					
認定審査会の意見等														

希望居室	フロア	<input type="checkbox"/> 6階 <input type="checkbox"/> 5階 <input type="checkbox"/> 4階 <input type="checkbox"/> どこでもよい	<備考>
	向き	<input type="checkbox"/> 南向き <input type="checkbox"/> 北向き <input type="checkbox"/> どちらでもよい	

連絡先	住所	〒				(TEL )	(FAX )	(携帯 )
	ふりがな					入居希望者との続柄		
	氏名							

申込状況	他の施設も申し込んでいる。又は申し込む予定。		
	( )	( )	( )
	( )	( )	( )

※申込書に添えて提出する書類

- 1 入居希望者の介護保険被保険者証（写）
- 2 直近のサービス利用表及び別表（写）……現在、介護サービスを利用している方のみ提出してください。

## 入居希望者等の状況

※該当するものにレ印のうえその状況をご記入ください。

現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 特養・老健などの施設や病院に入っている 施設又は病院名 ( ) 施設等へ入所又は入院した時期 (昭和・平成 年 月から)				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ <input type="checkbox"/> 半年以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
入居を希望する理由  (該当するものをいくつかも選んでください)	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠く離れたところに住んでいるため <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「病気」等により介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していて介護することが困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きいため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、十分な介護をすることが困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院から退所(退院)を求められているため <input type="checkbox"/> その他 ( )				
医療に関する状況	(特別な医療的対応)				
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	(現在治療中の病気等)				
認知症等による行動障害  (行動障害の起きる頻度にもレ印を付けてください)	<input type="checkbox"/> 該当なし				
	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	<input type="checkbox"/> ほとんど毎日 <input type="checkbox"/> 週3～4回程度 <input type="checkbox"/> 週1～2回程度 <input type="checkbox"/> 月数回程度				
介護に関する状況	飲水食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> かなり見えにくい	<input type="checkbox"/> 全く見えない
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや聞えにくい	<input type="checkbox"/> かなり聞えにくい	<input type="checkbox"/> 全く聞えない
意思の伝達	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや伝えにくい	<input type="checkbox"/> かなり伝えにくい	<input type="checkbox"/> 全く伝えられない	