

入居申込書

西暦 年 月 日 紹介者
成川事務所 殿

事前面接日時	面接結果
	可・否・保留

申込者 (印)
住所
電話番号

(新横川町・犬目町・京王八王子・宮下町・指定なし) へ入居したいので、以下の通り申し込みます。

入居者情報		入居希望日→		西暦	年	月	日				
入居者	ふりがな			男・女	生年月日	西暦	年				
	氏名						月				
	現住所						日				
介護保険者番号				要介護認定区分	要介護	1	2	3	4	5	申請中
介護被保険者番号				認定有効期間	令和	年	月	日	から		
					令和	年	月	日	まで		

注:入居申込及び入居資格:要介護度Ⅱ以上で長期的介護を必要とするために当施設をご利用なさりたい方。短期的に他施設へ転所転居を予定されている方はご利用になれません。

障害の有無	有・無	その障害名:	種	級又は	度
-------	-----	--------	---	-----	---

身体状況							
歩行	排泄	入浴	食事	更衣	コミュニケーション	感染症	食事形態
自立	自立	自立	自立	自立	健常	有・無	常食
要付添	一部介助	一部介助	声掛け	声掛け	やや難	()	キザミ
要介護	全介助	全介助	一部介助	一部介助	困難	認知	トロミ
歩行不可	オムツ	清拭等	全介助	全介助	不可	有・無	一口大

福祉用具の 使用状況	車椅子			歩行器		マットレス		褥瘡
	自操	要介助	リクライニング	ピックアップ	車輪付き	普通	柔らかめ	エアマット

口腔の状態	総義歯/部分義歯	上・下	自分の歯	上歯	本	下歯	本
-------	----------	-----	------	----	---	----	---

健康状態	身長	cm	体重	kg
------	----	----	----	----

既往症	
現在の状況・ 投薬状況等	

緊急連絡先			
氏名		氏名	
電話番号		電話番号	
入居者との関係		入居者との関係	

送付先FAX 042-627-3310