

# 入 所 申 請 書

( 多床室 ・ 個室 )

[申請日 令和 年 月 日] (対応: )

(ふりがな) 入所希望者 氏名		男 女	生年月日	大正 昭和	年 月 日	歳
住 所				TEL	( )	
現在の状況	独居	家族と同居	入院中 ( )	その他 ( )		
年金の種類	国民年金 厚生年金 共済年金 その他 ( )					
要介護度	申請中 更新中 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5					
居宅支援事業所名				担当ケアマネ		

(ふりがな) 氏 名		男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳
住 所				TEL	( )	
職 業	会社員・公務員・自営業・パート・定年・無職・専業主婦			勤務先名		

(ふりがな) 氏 名		男 女	生年月日	昭和 平成	年 月 日	歳
住 所				TEL	( )	
職 業	会社員・公務員・自営業・パート・定年・無職・専業主婦			勤務先名		

身体・精神状況の記入をお願いします

視 覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> かなり悪い <input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡使用 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
聴 覚	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> かなり悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない	補聴器使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
言 語	<input type="checkbox"/> 明瞭 <input type="checkbox"/> やや明瞭 <input type="checkbox"/> 聞き取り困難 <input type="checkbox"/> 失語症	
意 思 の 疎 通	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 概ね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な事のみ <input type="checkbox"/> 困難	
記 憶 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> やや不良 <input type="checkbox"/> 不良	
認 知	<input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> その他( )	
行 動 障 害	<input type="checkbox"/> 徘徊(昼・夜) <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不穏症状 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 発声 <input type="checkbox"/> その他( )	
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク 主食: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー 副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> パット	
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴	
整 容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 義歯(有・無)	
病 名	①	病 院
	②	
	③	

※入所希望理由の記入をお願いします
