

施設入所申し込み書

申込日 令和 年 月 日 (曜日) 受付担当者

申込者	ふりがな	続柄	特記事項(施設が記入)
	氏名		
	住所		
	電話(市外)	-	
	携帯電話	- -	

入所を希望する人、その状況について ※ 該当する所に記入か○印、□にはレ印を付ける

ふりがな		男	保険者					
		女	被保険者 番号					
生年月日	大正・昭和 年 月 日(才)	要介護度	1・2・3・4・5・申請中・区分変更中					
住所								
生活	<input type="checkbox"/> 自宅で1人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らす <input type="checkbox"/> 他の施設(老健・療養型・福祉施設・高齢者住宅)に入所中(施設名:) <input type="checkbox"/> 入院中(病院名: 時期: 令和 年 月 日から入院)							
介護	<input type="checkbox"/> 介護する人がいない(1人暮らし) <input type="checkbox"/> 介護する人が(高齢・虚弱・就労中・育児中・複数介護・介護放棄)で自宅では困難 <input type="checkbox"/> 介護する人の(身体的・精神的)負担が大きくて自宅では困難 <hr/> 自宅で介護を始めた時期(年 月頃から) 現在、居宅サービスを利用して(いる・いない) 認知症の程度(日常生活自立度: I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M)							
医療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他() 現在治療中の病気など(主治医:) (歯科医:)							
申込みの希望	<input type="checkbox"/> この施設のみ申し込む <input type="checkbox"/> 木村グループ(豊楽園・ナイスケア木村・ウエルネス木村・潟池野・コンフォガーデン木村)に申し込む ・既に申し込み済み施設() () ・これから申し込む施設() ()							

主に介護している人について ※ 介護している人と申込者が同じでも、この欄に再度記入して下さい。

氏名		続柄				
同居別	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 同じ敷地にいる <input type="checkbox"/> 近くで別居 <input type="checkbox"/> 遠くで別居					
意見など	介護で困っていること					

