入居申込者状況票

※項目に沿い、分かる範囲でご記入ください。
（書き方や内容が不明なところは未記入のままで結構です。）

本人の現況 ※該当するものにレ印を記入して下さい。	☐ 居宅でひとり暮らし　☐ 居宅で親族と同居 ☐ 別居だが同じ敷地内または近隣に親族がいる ☐ 施設や病院に入っている　☐ その他（　　）			
入居希望者を主に介護している方は ※該当するものにレ印を記入して下さい。	（フリガナ） 氏名	性別 男 ・ 女	年齢 歳	続柄
	☐ 健康である ☐ 難病等である（病名　　）　☐ 障害がある（　　級・度） ☐ 要介護1以上　☐ 要支援　☐ 病弱 ☐ 働いている（週　　時間）　☐ 働いていない ☐ 本人以外の介護もしている　☐ 育児中 ☐ 精神的な負担を感じている　☐ 精神的な負担はさほどない （具体的な理由等：　　）			
お住まいについて 介護するうえでの 住宅の問題 ※該当するものにレ印を記入して下さい。	今のお住まいは、　☐ 自宅　☐ 自宅以外（　　） ☐ エレベーターのない建物の2階以上に居住している ☐ 立ち退きを求められている ☐ その他（　　）			
その他の特別な状況 ※該当するものにレ印を記入して下さい。	☐ 病院や老人保健施設等、今いるところから退所を求められている ☐ 今入所中の施設やホームでは経済的な負担が大きい ☐ その他、入居を希望する事情がある （具体的に：　　）			

入居希望者ご本人の家族構成

名前	続柄	年齢	同居 ・ 別居	住所地（ご同居の場合不要）

裏面もご記入ください

本人に関する 特別な医療の状況 （該当するものがあれば レ印を記入して下さい）	☐ 気管切開	☐ 尿管カテーテル	☐在宅酸素
	☐ インシュリン注射	☐ 人工透析	☐経管栄養（経鼻・胃ろう）
	☐ 点滴	☐ ストマ（人工肛門・人口膀胱	☐痰吸引
	☐ 中心静脈栄養	☐ その他（　　）	

かかりつけ医	医療機関名	住所
	医療機関名	住所

	発病年月日又は年齢	病名	備考（入院や手術等）
本人の病歴	年　月 または　歳頃		
	年　月 または　歳頃		
	年　月 または　歳頃		
	年　月 または　歳頃		
	年　月 または　歳頃		

本人の日常生活状況 ※該当するものにレ印を 記入して下さい。	☐ 障害者認定　（　　級・度） （特記　　） ☐ 認知症（☐重度　☐軽度） （どの様な行動や症状がありますか。　　） ☐ 視力に問題がある　☐ 聴力に問題がある （特記　　） 歩行　☐ 自分で可　☐ 一部介助　☐ 全介助 食事　☐ 自分で可　☐ 一部介助　☐ 全介助 形態　☐ 普通食　☐ 粥　☐ その他（　　） トイレ　☐ 自分で可　☐ 一部介助　☐ 全介助 介護用品等の使用　☐ オムツ　☐ 紙パンツ ☐ 車椅子　☐ 歩行器　☐ 杖　☐ 補装具 ☐ その他（　　）
入居希望の理由	（具体的な事情等）