



入居を希望する理由 (該当する事項全てに記入して下さい)		<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 介護者が高齢、障害、疾病等のため <input type="checkbox"/> 介護者が就労しているため <input type="checkbox"/> 介護者が育児等しているため <input type="checkbox"/> 介護者が不在となる時間があり、不安を抱えているため <input type="checkbox"/> 介護者だけでは、見守りが不十分なため <input type="checkbox"/> 居宅サービスの限度額を超えており、経済的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 現在入院(入所)している病院、老健等から退院(退所)を求められており、在宅生活が困難であるため ( 年 月 日頃 退院・退所予定) <input type="checkbox"/> いずれ併設の特養施設への入所を希望する	
入居希望時期		<input type="checkbox"/> 今すぐ入居を希望する <input type="checkbox"/> 年 月頃までに希望する	
入居にあたり特に配慮してほしい事項			
日常生活自立度	食 事	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 毎回むせる <input type="checkbox"/> とろみ剤の使用
	排 泄	状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		尿意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		便意	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ない
		下着	<input type="checkbox"/> 綿パンツ <input type="checkbox"/> パッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ
	入 浴	場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ
		状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	動 作 等	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子(自・介)
		立位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		座位	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 支えがあれば可 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不可
		寝返り	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> 不可
		外出	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> まれである <input type="checkbox"/> しない
		身 体 状 況	視力
	聴力		<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない ( <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右 )
	言語		<input type="checkbox"/> 話せる <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 話せない
	意思		<input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度できる <input type="checkbox"/> 疎通できない
	麻痺		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 上肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左      下肢 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 )
	睡眠		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 眠れないことがある <input type="checkbox"/> 不眠 ( 睡眠薬 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )
主たる介護者の状況	フリガナ		年 月 日生 ( 歳 )
	氏 名		本人との続柄 ( )
	住 所	(〒 - )	Tel.
	同居の区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	

添付書類

○ 介護保険被保険者証 (写)