

# 入居相談申込書兼入居者様基本情報

施設長あて

入居相談日 令和 年 月 日

申込者	氏名	本人・家族（続柄：            ）・ その他（            ）
	住所 〒	
	連絡先	（            ）

入居者	ふりがな	生年月日				
	氏名	男・女	明・大・昭	年	月	日 歳
	住所 〒					
	電話	（            ）				
介護保険被保険者番号						
要介護状態区分		要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 要支援（ 1 ・ 2 ）				
認定の有効期間		平成 年 月 日 から平成 年 月 日 まで				
現在の状況		1 在宅で生活中 2 入院中（医療機関名、病名等）  3 施設入所中（施設名、電話番号等）			担当ケアマネ 氏名及び連絡先	
本人の状況（該当するものを○で囲んでください） 移動： 自立・一部介助・全介助 杖歩行・歩行器使用・車いす・その他（            ） 食事： 自立・一部介助・全介助（胃ろう・経管栄養） 主食（常食・粥）副食（常菜・きざみ・ミキサー） 排泄： 自立・一部介助・全介助 ポータブル・おむつ使用（常時・夜間のみ）・バルーンカテーテル 認知症： 有 ・ 無 問題行動：有[徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（            ）]・無 感染症： 有 ・ 無						
施設への希望		① 入居決定日 令和 年 月 日 ② 入居予定日 令和 年 月 日				
見学経路： ネット・業者・病院・施設・行政・包括・ケアマネ・一般名称（            ）		見学時対応職員：				
ケアマネ宛てファクス時介護保険証： あり・なし		入居時対応ケアマネ：				

1 添付書類

- ① 介護保険被保険者証の写し（被保険者及び要介護状態区分がわかるもの）又は介護保険資格者証
- ② 身元引受人の方の印鑑証明又は免許証の写し