

申し込み日 年 月 日

ご本人氏名	男・女	生年月日	(歳)
現住所 〒	電話番号		
入居申し込みの理由			
入居希望日 2019年 月 日ごろ			
要介護度 ケアマネジャー			
申請代行者氏名	続柄()	家族状況	
連絡先 住所 〒			
電話			
携帯電話			
かかりつけ医	病名・病状 (医療器具の使用 なし あり)		
<食事> 1. 自分で食べることができる 2. 声をかければ、自分で食べられる 3. 時々、介護を必要とする 4. ほぼ全面的に介護を要する ()	<歩行> 1. できる 2. やっとできる 3. 自力ではできない 車いす使用 (あり・なし)		
<トイレ> 1. 自分でできる 2. 介助を要する 具体的な介助内容 ※オムツ(リハビリパンツ・尿取りパット・その他) 使用の有無 (有・無) 使用しているもの()	<認知症の有無> (あり・少しあり・なし) <夜間帯の見守り・介護の必要性> ①必要性なし ②必要性はあいまい ③必要性がある		
心配なこと・困っていること・希望したいこと			