

申込み年月日	令和 年 月 日
記入者氏名	

入居申込書

入居希望ホーム

<input type="checkbox"/> アーバンヴィラ千本笹屋町 <input type="checkbox"/> アーバンヴィラ四条大宮 <input type="checkbox"/> アーバンヴィラ上桂	<input type="checkbox"/> アーバンヴィラ西賀茂 <input type="checkbox"/> アーバンヴィラ上賀茂プレミアム <input type="checkbox"/> アーバンヴィラ京都神山クラシック
---	--

※希望ホームに○をつけてください。複数ホームを希望される場合は、希望順位を記入してください。

入居希望者

フリガナ			大正 ・ 昭和
氏名		男 ・ 女	年 月 日 歳
現住所	〒 電話 () -		
要介護区分	※自立 ・ ※要支援 (1 ・ 2) ※上賀茂プレミアムの場合のみ 申請中 ・ 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
介護保険被保険者番号		認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日
保険種別	後期高齢者医療 ・ 社会保険 (本人・家族) ・ 国民保険 (本人・家族) ・ 組合 ・ 共済		
年金種別	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 老齢福祉年金 ・ その他収入 ()		
	(受給額) 円/月	(ご家族等からの援助) 円/月	
身体障害者手帳	有 (種 級) 障害名 ・ 無		

身元引受人 (必ず2名お願いします)

フリガナ			続柄	職業	大正 ・ 昭和 ・ 平成
氏名					生年月日 年 月 日 歳
住所	〒 電話 () -				
フリガナ			続柄	職業	大正 ・ 昭和 ・ 平成
氏名					生年月日 年 月 日 歳
住所	〒 電話 () -				

現在の状況

現在の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> その他 () 施設・病院名 ()				
家族構成 (緊急連絡先は○を記入して下さい)	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 同居				
	緊急	氏名	続柄	生年月日	同居
					有・無 TEL
					有・無 TEL
					有・無 TEL
					有・無 TEL

裏面も記入ください →→→

No. 2

担 介 護 支 援 専 門 員 氏	当 員 名	事 業 所 名	電 話 ()	—
入居希望理由				
当施設への要				

現在の日常生活について、できる範囲でお答え下さい。(あてはまる箇所に○をつけて下さい。複数可)

歩 行	1. 自立 2. 杖 3. 歩行器 4. 手びき 5. 車椅子
移 乗	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
着替え	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
食 事	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (主食：普通・粥・おにぎり・ミキサー) (副食：普通・軟菜・きざみ・ミキサー) (糖尿・腎臓・減塩食)
アレルギー	有(食物：) その他：) ・ 無
入 浴	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (特浴・リフト浴)
洗顔・歯磨き	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助 (義歯：有・無)
排 泄	1. 自立 2. 見守り 3. 一部介助 4. 全介助
視 力	1. 普通 2. 字がみえにくい 3. ぼんやりしている 4. 見えない
聴 力	1. 普通 2. きこえにくい 3. きこえない (補聴器：有・無)
言 語	1. 普通 2. 不明瞭 3. 話せない
意思疎通	1. できる 2. ある程度可能 3. ほとんどできない 4. できない
睡 眠	1. 良く眠れる 2. 時々眠れない 3. 不眠
認 知	1. 特になし 2. 年齢相応のもの忘れ 3. 症状あり ()
性 格	1. 温厚 2. 明るい 3. 気分のなみがある 4. 怒りっぽい 5. その他 ()
特別な処置	1. 酸素 2. 経管栄養 3. 胃ろう 4. 人工肛門 5. 気管切開 6. 透析 7. 床ずれ 8. インスリン 9. カテーテル 10. その他 ()
その他、 特記事項 及び主な 介護内容	

* 以下は施設が記入します。

受付

年

月

日

担当者氏名	_____
意見等	