



本人の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ(人工肛門)処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病名 _____ 受診している医療機関名 _____ <b>【特記事項】</b>
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申し込む。 <input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる、又は今後他の施設も申し込む予定。 <input type="checkbox"/> 既に申し込んでいる他の施設名 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 今後申し込む予定の他の施設名 ( ) ( ) ( ) <input type="checkbox"/> 特養待機期間(他施設も含む) _____ 年 _____ か月

主たる介護者(身元引受人)の状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他( ) 計 _____ 人				
	(フリガナ)	性別	年齢	本人との関係	続柄( ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	
	主たる介護者(身元引受人)氏名	男・女	満 _____ 歳		住所	
	意見等(介護しているうえで困っていることなど)	(注:身体的状況(健康状態)や仕事の有無(週の勤務日数及び時間)などを記入してください)				
	同居以外の親族や援助者の有無	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 兄弟・親戚等 <input type="checkbox"/> 親族はいないが援助者有 <input type="checkbox"/> 親族・援助者無				
入居の申込に当たり、その手続きについて説明を受けました。 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 氏名: _____ (印)						

- 注1 「認定調査票(基本調査)」・「介護保険被保険者証」の写しを添付してください。
- 注2 介護度などの要件や他施設へ入所されるなどの状況に変化があった場合は、すぐに施設へお知らせください。
- 注3 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
- 注4 入居希望時期については、入居決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入ください。