

入居ご希望者 ご家族様

社会福祉法人 あかね会
特別養護老人ホーム ガジュマルの郷
理事長 仲 威和郎

入居申込みについて

拝啓、時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

この度は、私共特別養護老人ホーム ガジュマルの郷に、入居のご検討を頂きまして、誠に有り難う御座います。

当施設の入居申込書等を準備させて頂きました。

入居申込書のご記入と必要書類が揃いましたら、事前にご連絡を頂き、入居申込書等をご持参の上、ご来所して頂きお申込み下さい。

また、郵送でもお受けさせて頂いております。

ご不明な点がございましたら、ご相談ください。

尚、当施設は、埼玉県、三郷市、各行政の指導の下、平成 31 年 4 月に開設いたしました。皆様方には、ご迷惑をおかけすることが多々あると思っておりますが、職員一同、誠心誠意、努めていきますので、何卒ご指導ご鞭撻の程、お願い致します。

敬具

【お問い合わせ・連絡先】

社会福祉法人 あかね会
特別養護老人ホーム ガジュマルの郷
住所：〒341-0028 埼玉県三郷市南蓮沼 330-1
TEL：048-953-8300
FAX：048-953-8301
担当： 相談員 荻野 洋幸
ケアマネジャー 青井 壽樹
受付時間：9：00～17：30

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(1)

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日(施設にて記入)
受付番号	NO. (施設にて記入)
受付者	(施設にて記入)

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 理事長様

申込者	住所	〒	
	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	電話番号	(自宅)	(携帯)

貴施設へ入居を希望するため、次の通り申し込みます。

本人の状況	フリガナ		性別	介護保険者	
	氏名		男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒	介護認定期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	負担限度額 認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 無	負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者			
	障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 (障害の種類 級 種) (年 月 日交付)			
	経済環境 (収入)	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他() (月額 円)		
		その他収入	<input type="checkbox"/> 有() (月額 円)		
	現在の 所在場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所・入院している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム等に入所・入居している *施設・病院等に入所・入院している場合は記入して下さい			
居宅 介護支援事 業所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 事業所名: 所在地: 電話番号: 担当ケアマネージャー名:				
現在利用 している 在宅 サービス	*1、該当するものを全て選んで下さい。[]内には事業所名を記入して下さい *2、現在、入所中又は入院中の方は、入所前・入院前の利用状況を記入して下さい <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 日) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 日) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費の支給 商品名()				
在宅 介護期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満				

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(1)

記入例

申込日	年 月 日	
受付日		(記入)
受付番号	申込日のみをご記入ください。	(記入)
受付者		(記入)

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 理事長様

申込者	住所	申し込みをされるご家族様等をご記入ください。		本人との関係
	フリガナ			
	氏名			
	電話番号	(自宅) (携帯)		

貴施設へ入居を希望するため、次の

入居される方(ご本人)のお名前をご記入ください。

本人の状況	フリガナ		介護保険者 被保険者番号	
	氏名		男・女	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		介護保険被保険者証をご確認ください
	住所		介護認定 期間	平成 年 月 日まで
	負担限度額 認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 無	負担 割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者		
	障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 ()		日交付)
	経済環境 (収入)	年金 () 円)		
		その他 () 円)		
	現在の 所在場所	該当する□にチェックして頂き ()にもご記入ください。		
	所在地			
	入所(入院期間)	平成 年 月 日~入所(入院)中		
居宅 介護支援事 業所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 事業所名: 所在地: 電話番号: 担当ケアマネージャー名:			
現在利用 している 在宅 サービス	*1、該当するものを全て選んで下さい。[]内には事業所名を記入して下さい *2、現在、入所中又は入院中の方は、入所前・入院前の利用状況を記入して下さい <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 日) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 日) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費の支給 商品名()			
在宅 介護期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満			

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(2)

本人の状況	要介護1・2の方のみ	要介護1又は2の方が入居するためには、特例入所の要件に該当することが必要です。別紙「要介護1・2で入居をご希望の方へ」の(1)特例入所の要件をご確認の上、ご自身の判断で該当する要件を選択して下さい。 □ア、 □イ、 □ウ、 □エ、		
	日常生活動作能力	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □経口摂取不可	
		食事形態	【主食】	□常食 □粥 □ミキサー □その他(
			【副食】	□常食 □刻み □ミキサー □その他(
		排泄	【日中】	□自立 □誘導・一部介助 □全介助 □トイレ □ベッド上
			【使用物品】	□尿とりパッド □リハビリパンツ □オムツ □その他
		入浴	【夜間】	□自立 □誘導・一部介助 □全介助 □トイレ □ベッド上
			【使用物品】	□尿とりパッド □リハビリパンツ □オムツ □その他
		更衣	□自立 □一部介助 □全介助	
		麻痺の有無	□無 □有(□左上肢・□右上肢・□左下肢・□右下肢・□その他)	
		拘縮の有無	□無 □有(□肩関節・□股関節・□膝関節・□その他)	
		移動	□独歩 □杖歩行 □歩行器歩行 □車椅子自立 □車椅子介助 □寝たきり	
		移乗	□自立 □一部介助 □全介助	
		立位	□可能 □何かにつかまれば可能 □身体を支えれば可能 □不可	
		座位	□可能 □車椅子や背もたれがあれば可能 □不可	
	寝返り	□可能 □何かにつかまれば可能 □不可		
	視力	□普通(日常生活に支障がない) □見え難い □ほとんど見えない □全く見えない		
	聴力	□普通(日常生活に支障がない) □聞こえ難い □耳元で大声 □全く聞こえない		
	言語	□普通(日常生活に支障がない) □聞き取りにくい □全く話せない		
	認知症等による行動障害	□徘徊 □外出すると戻れない □被害妄想 □幻覚症状 □暴言・大声を出す □介護抵抗 □収集癖 □1人で出たがる □物や衣類を壊す □昼夜逆転 □作話 □感情が不安定 □同じ話をする □落ち着きなし □ひどい物忘れ □独り言・独り笑い		
不適応行動	□非常に多い □やや多い □少しあり			
医療的処置	□点滴 □中心静脈栄養 □経管栄養(胃瘻) □透析 □喀痰吸引 □人工肛門 □酸素療法 □気管切開 □ペースメーカー □バルーンカテーテル留置 □インスリン注射 □褥瘡(部位) □その他() * 現在治療中の病気がある場合には記載してください			
	病名	病院名	状況	
			入院・通院	
			入院・通院	
			入院・通院	
主治医	□いる(病院名: _____ 医師名: _____)		□いない	

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(2)

記入例

本人の状況	要介護1・2の方のみ	要介護1又は2の方が入居するためには、特例入所の要件に該当する必要があります。 要介護1・2の方のみになります。別表の「要介護1・2で入居をご希望方へ」を参照しご記入ください。			
	日常生活動作能力	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経口摂取不可		
		食事形態	【主食】	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(
			【副食】	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他(
		排泄	【日中】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
			【使用物品】	<input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他	
			【夜間】	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ベッド上	
	【使用物品】		<input type="checkbox"/> 尿とりパッド <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他		
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	該当する□にチェックをしてください。入所・入院中の方で不明な場合は、未記入でも結構です。				
	麻痺の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 左上肢・ <input type="checkbox"/> 右上肢・ <input type="checkbox"/> 左下肢・ <input type="checkbox"/> 右下肢・ <input type="checkbox"/> その他)			
	拘縮の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 肩関節・ <input type="checkbox"/> 股関節・ <input type="checkbox"/> 膝関節・ <input type="checkbox"/> その他)			
	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子自立 <input type="checkbox"/> 車椅子介助 <input type="checkbox"/> 寝たきり			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	立位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可能 <input type="checkbox"/> 身体を支えれば可能 <input type="checkbox"/> 不可			
座位	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 車椅子や背もたれがあれば可能 <input type="checkbox"/> 不可				
寝返り	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可能 <input type="checkbox"/> 不可				
視力			全く見えない		
聴力			聞こえない		
言語					
認知症等による行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 1人で出たがる <input type="checkbox"/> 物や衣類を壊す <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 感情が不安定 <input type="checkbox"/> 同じ話をする <input type="checkbox"/> 落ち着きなし <input type="checkbox"/> ひどい物忘れ <input type="checkbox"/> 独り言・独り笑い				
不適応行動	<input type="checkbox"/> 非常に多い <input type="checkbox"/> やや多い <input type="checkbox"/> 少しあり				
医療的処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養(胃瘻) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位) <input type="checkbox"/> その他() * 現在治療中の病気がある場合には記載してください				
	病名	病院名	状況	期間	
			入院・通院		
			入院・通院		
			入院・通院		
主治医	<input type="checkbox"/> いる(病院名: _____ 医師名: _____)		<input type="checkbox"/> いない		

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(3)

家族の状況等	入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない(音信不通を含む) <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠方に住んでいる。または入院・入所している状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、高齢であり十分な介護が困難な状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、複数の介護や育児を行っている状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、身体的・精神的負担が大きい <input type="checkbox"/> 介護する者が、就労しており、十分な介護が困難な状況にある <input type="checkbox"/> 住居の廊下やトイレなどの構造が適していないため、介護が困難な状況にある <input type="checkbox"/> 地域の介護サービス等に不足がある (夜間の介護サービス・往診や訪問看護等医療系サービス・常時の見守り・家事支援等の安価なサービス活動等) <input type="checkbox"/> 老人保健施設や病院等の退所(退院)後も、在宅介護が困難な状況にある <input type="checkbox"/> その他()			
	主たる介護者	フリガナ氏名		性別	本人との関係
		生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)	男 ・ 女	
		同居区分	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居(住所 〒)		
		入院・入所	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(病院名・施設名:)		
		要介護	<input type="checkbox"/> 状態ではない <input type="checkbox"/> 状態である(要介護度)		
		病気	<input type="checkbox"/> 療養中ではない <input type="checkbox"/> 療養中である(病名・通院状況等)		
		障害	<input type="checkbox"/> 有しない <input type="checkbox"/> 有する(障害名)		
		複数介護	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(入所希望者以外に 人 要介護度:)		
		育児	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(人 才)		
		就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(正社員・パート等)(就労時間 時～ 時まで)(週休 日)		
	同居の介護協力者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他「 」)			
	介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護困難			
	別居の介護協力者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他「 」)			
	介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護困難			
介護が困難な理由について、詳細にご記入ください	----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----				
その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月頃までには入居したい <input type="checkbox"/> 未定()			
	他の施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込みをする <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている。または、する予定(施設名:)			

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(3)

記入例

家族の状況等	入居を希望する理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない(音信不通を含む) <input type="checkbox"/> 介護する者が、遠方に住んでいる。または入院・入所している状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する状況にある <input type="checkbox"/> 介護する者が、要介護状態・病気療養中・障害を有する状況にある <input type="checkbox"/> 住居が狭小である <input type="checkbox"/> 地域活動等(夜間活動等) <input type="checkbox"/> 老老介護 <input type="checkbox"/> その他()	
	主たる介護者	フリガナ	(フリガナ)
		氏名	(氏名)
		生年	(生年)
		同居	(同居)
		入院・入所	(入院・入所)
		要介護	<input type="checkbox"/> 状態不明 <input type="checkbox"/> 状態不明(要介護度)
		病気	<input type="checkbox"/> 療養中ではない <input type="checkbox"/> 療養中である(病名・通院状況等)
		障害	<input type="checkbox"/> 有しない <input type="checkbox"/> 有する(障害名)
	複数介護	<input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している(入所希望者以外に () 人 要介護度: ())	
育児	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(() 人 () 才)		
就労	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(正社員・パート等)(就労時間 () 時~ () 時まで)(週休 () 日)		
同居の介護協力者	<input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる(<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他「 () 」)		
介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 介護困難		
別居の介護協力者	<input type="checkbox"/> いない ())		
介護の可能性	<input type="checkbox"/> 介護可能 <input type="checkbox"/> 多少介護可能 <input type="checkbox"/> 介護困難		
介護が困難な理由について、詳細にご記入ください	<p>介護が大変な部分を具体的に記入ください。 優先入所の判定の参考にさせていただきます。 別紙を添付して頂いても結構です。</p>		
その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 平成 () 年 <input type="checkbox"/> 未定(())	
	他の施設申込状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみ申し込みをする <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込みをしている。または、する予定(施設名: ())	

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(4)

生活する上で困っていること、不安に思っていることなど、ご希望等があればご記入ください。

ご本人が出生してから現在までの生活歴を、可能な限り詳しくご記入ください。

介護支援専門員等による特記事項（在宅にて生活している方）

説明 確認	私は、入居申込みの際、優先入居に関する手続き及び入居の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。 また、特例入所の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。 令和 年 月 日 氏名 _____
----------	---

同意 確認	当施設が入居希望者の状況等について、現在入所中・入院中の施設・病院等の相談員や担当者、サービス事業所に問い合わせすることに同意します。 令和 年 月 日 氏名 _____ 印 _____
----------	--

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(4)

記入例

生活する上で困っていること、不安に思っていることなど、ご希望等があればご記入ください。

何でも結構ですので、ご遠慮なくご記入ください。
ご家族様と一緒に取り組んでいきたいと思えます。

ご本人が出生してから現在までの生活歴を、可能な限り詳しくご記入ください。

出生地・学業・就業・趣味・日中の過ごし方など、ご本人様についてご記入ください。

介護支援専門員等による特記事項（在宅にて生活している方）

在宅にて生活している方は、介護支援専門員に記入をして貰ってください。

説明
確認

私は、入居申込みの際、優先入居に関する手続き及び入居の必要性を評価する基準等について、施設から説明を受けました。
また、特例入所の判断にあたり、当施設の調査内容を保険者市町村に報告することに同意します。

平成 年

個人情報の提供は必要最低限とし、提供にあたっては関係するもの以外の者に漏れる事のないように、細心の注意を払います。

同意
確認

当施設が入居希望者の状況について、現在入所中・入院中の施設・病院等の相談員や担当者、サービス事業所に問い合わせすることに同意します。

平成 年 月 日

氏名

印

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 入居申込書(1)

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日(施設にて記入)
受付番号	NO. (施設にて記入)
受付者	(施設にて記入)

特別養護老人ホーム ガジュマルの郷 理事長様

R2.4

申込者	住所	〒	
	フリガナ		本人との関係
	氏名		
	電話番号	(自宅) (携帯)	

貴施設へ入居を希望するため、次の通り申し込みます。

本人の状況	フリガナ		性別	介護保険者	
	氏名		男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日(歳)		要介護度	1・2・3・4・5
	住所	〒	介護認定 期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	
	負担限度額 認定証	<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 無	負担 割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護受給者			
	障害者 手帳	<input type="checkbox"/> 有 (障害の種類 級 種) (年 月 日交付)			
	経済環境 (収入)	年金	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他() (月額 円)		
		その他収入	<input type="checkbox"/> 有() (月額 円)		
	現在の 所在場所	<input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設、介護療養型医療施設、病院等に入所・入院している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、グループホーム、有料老人ホーム等に入所・入居している *施設・病院等に入所・入院している場合は記入して下さい			
施設又は病院名		担当者			
所在地					
入所(入院期間)		令和 年 月 日～入所(入院)中			
居宅 介護支援事 業所の利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない 事業所名: 所在地: 電話番号: 担当ケアマネージャー名:				
現在利用 している 在宅 サービス	*1、該当するものを全て選んで下さい。[]内には事業所名を記入して下さい *2、現在、入所中又は入院中の方は、入所前・入院前の利用状況を記入して下さい <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 通所介護 (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション (月に 回) [] <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護 (月に 日) [] <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 (月に 日) [] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与・購入費の支給 商品名()				
在宅 介護期間	<input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満				