

# 利用申込書

承認	照査	担当

守秘文書NO:	作成日	令和 年 月 日
---------	-----	----------

申請日	令和 年 月 日 ( )		他施設申込み状況	1、なし 2、あり	
	初回 ・ 再来			入居待機期間： 年 ヶ月	
ふりがな 本人氏名	性別	生年月日	M T S	年	月 日 歳
				男・女	
住 所	〒	自宅電話	( ) -		
		携帯電話	( ) -		
来所者 (相談者)	続 柄	自宅電話	( ) -		
		携帯電話	( ) -		
住所	〒				
身元引受 人氏名	続 柄	自宅電話	( ) -		
		携帯電話	( ) -		
住所	〒				
現在の 居 所	1、在宅：【住所： ( ) 】 2、入院又は入所中：【施設、病院などの名称： ( ) 】				
認定情報	要介護度	非該当 要支援1 要支援2 要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
	有効期限	H. . . . . ~ H. . . . .	被保険者 番 号		
居宅介護支援事業所		電話番号		介護支援専門員氏名	
障害等 認 定	身 障		療 育		
	精 神		難 病		
経済状況 (年間 収入)	国民年金		厚生年金		
	障害年金		その他		
緊 急 連 絡 先	氏 名	続柄	住所・連絡先	家族構成 ◎=本人、○=女性、□=男性 ● ■=死亡、☆=キーパーソン 主介護者に「主」 副介護者に「副」 (同居家族は○で囲む)	
			TEL		
			TEL		
			TEL		
			TEL		
※緊急連絡先2名以上記入してください					
備 考					家族の状況
					1、独居 2、夫婦 3、家族同居

今までの生活 (生活歴)				
身体 の 状 況	移 動	屋内	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( ) 【 杖 手引き 歩行器 手押し車 車椅子 】	趣味・楽しみ・特技
		屋外	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( ) 【 杖 手引き 歩行器 手押し車 車椅子 】	
		階段昇降	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )	
	食 事	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
	排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
	入 浴	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
	着 脱 衣	自立・見守り・一部介助・全介助・その他 ( )		
	洗 濯	自立・一部介助・全介助・その他 ( )	友人・地域との関係	
	掃 除	自立・一部介助・全介助・その他 ( )		
	視 覚	見える・見えにくい・見えない・その他 ( )		
	聴 覚	聞こえる・聞こえにくい・聞こえない・その他 ( )		
	意思伝達	できる・上手くできない・できない・その他 ( )		
	認 知	なし ・ 年相応 ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度		

施設ではどういった生活を望まれますか

入居を希望する理由

本人が自ら入居を希望していますか 1、本人が希望している 2、本人は希望していない

【現病歴・既往歴と経過】(新しいものから記入して下さい・現在の状況に関連するものは必ず記入してください)

年 月 日	病 名	医療機関・医師名	経 過	治療中の場合は内容
年 月 日		TEL	治療中 経観中 その他	
年 月 日		TEL	治療中 経観中 その他	
年 月 日		TEL	治療中 経観中 その他	
年 月 日		TEL	治療中 経観中 その他	

※本利用申込書をもって、武田病院グループのケアハウス（やまぶき、あじさい）への利用申込みを併せて希望されますか。(希望の有無と希望施設にチェックしてください。)

希望する ( やまぶきに申し込む あじさいに申し込む ) 希望しない

同意欄 ※本利用申込書を複写し、上記の希望施設に情報提供することに同意します。

署 名 : \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_ 令和 年 月 日

【施設記入欄】