ザ・中井プライム（特定施設入居者生活介護）入居申込書

平成　　年　　月　　日

申込者	氏名	本人 ・ 家族（続柄：　　）・ その他（　　）
	住所（〒　－　　）	
	電話番号　　（　　）	

ご入居希望者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日　明 ・ 大 ・ 昭 年　月　日（満　歳）
	住所　（〒　　－　　）		
	電話　　（　　）		
介護保険被保険者番号			
要介護状態区分	要介護　（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 要支援　（ 1 ・ 2 ）　申請中　区分変更中		
認定の有効期間	年　月　日　から　年　月　日　まで		
居宅介護支援事業所	居宅事業所名（　　）		
	担当ケアマネージャー（　　）		
	連絡先　　（　　）		

家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所		生年月日	

現在の状況	1 自宅にて生活 2 入院中　医療機関名 3 施設入所中　施設名	病名

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）

移動：　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
　独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他（　　）

食事：　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助　（ 胃ろう ・ 経管栄養 ）
　主食（ 常食 ・ 粥 ）　副食（ 常菜 ・ きざみ ・ ミキサー ）

排泄：　自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
　おむつ使用（ 常時・夜間のみ ）・ バルーンカテーテル ・ストマ

認知症：　有 ・ 無（ アルツハイマー型・レビー小体型・脳血管性型・その他 ）

感染症：　有 ・ 無

施設への希望等