

入居申込書

令和 年 月 日

入居申込者			
氏名	ふりがな 印 (男・女)		
生年月日	明・大・昭 年 月 日 満 歳		
住所	〒 電話 — — 携帯 — — 現在の生活場所： 自宅・病院・施設・その他()		
本籍			
配偶者	配偶者 有・無 入居希望 単身・夫婦		
申請理由	1. 身寄りがいない 2. 一人暮らしが不安 3. その他 ()		
身元引受人		連帯保証人	
氏名	ふりがな	氏名	ふりがな
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳	生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 歳
住所	〒 連絡先① — — 連絡先② — —	住所	〒 連絡先① — — 連絡先② — —
続柄		続柄	
勤務先	電話	勤務先	電話
同居家族状況	氏名	続柄	住所
			電話番号
別居家族状況	氏名	続柄	住所
			電話番号

注意) 身元引受人、連帯保証人の内、1人は東京都内在住の60歳未満の有職者とする。

身体状況	移動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
		杖 ・ 歩行器 ・ シルバーカー ・ 車椅子			
		麻痺： 有 ・ 無			
	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
		義歯： 有 ・ 無 (上 ・ 下 ・ 一部)			
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
視力	普通 ・ 見えにくい ・ 見えない 眼鏡： 有 ・ 無				
聴力	普通 ・ 聞こえにくい ・ 聞こえない 補聴器： 有 ・ 無 (左 ・ 右)				
健康管理	主治医	病院名 ()		医師名 ()	
	既往歴				
	認知症診断 有・無	物忘れ	ある ・ ときどきある ・ ない	異食行為	ある ・ ときどきある ・ ない
		徘徊	ある ・ ときどきある ・ ない	不潔行為	ある ・ ときどきある ・ ない
	作話・妄想	ある ・ ときどきある ・ ない	収集癖	ある ・ ときどきある ・ ない	
	幻覚・幻聴	ある ・ ときどきある ・ ない	暴行・他害行為	ある ・ ときどきある ・ ない	
	自傷行為	ある ・ ときどきある ・ ない	感情不安定	ある ・ ときどきある ・ ない	
	物や人へのこだわり	ある ・ ときどきある ・ ない			
	身体障害	手帳	有 無	等級 障害名	級 番号
介護保険	保険者名 ()		被保険者番号 ()		
	保険者番号 ()		要介護度：要支援 () 要介護 ()		
	介護保険負担割合証		1割 ・ 2割 ・ 3割		
	担当ケアマネージャー		事業所名 担当者名		
その他	宗教	趣味・特技			
支払等	1 ・ 入居者本人 2 ・ 一部縁故者 3 ・ 全額縁故者				
	※ 2または3の方は下記に記入してください				
	氏名	続柄	住所 〒		
	生活保護	1 ・ 受給無し 2 ・ 受給有り			