

本人の状況	入所希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望（1～3か月内） <input type="checkbox"/> 6か月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上（ ）年以内			
	主たる疾患	1) ()年()月()日()症 2) ()年()月()日()症 3) ()年()月()日()症 4) ()年()月()日()症			
	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 _____ 【特記事項】			
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設(特養・老健・療養型・病院・)にも申込んでいる(予定も含む)()箇所) 既に申し込んでいる他の施設名()()() 今後申し込む予定の施設名()()() 特養待機期間(他施設も含む) 年 か月			
主たる介護者の状況	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
	主たる介護者の氏名	男・女			住所： 電話番号： ()
	意見等 (現状の介護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・援助者の有無	1. 子 2. 兄弟・親戚等 3. 親族はないが援助者あり 4. 親族・援助者なし				
入所の申込みに当たり、その手続きについて説明を受けました。					
平成 年 月 日 氏名： _____					

注1 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2 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3 入所希望時期については、入所決定に際して、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。