

住宅型有料老人ホーム ルナ・メディカルホーム入居申込書

令和 年 月 日

住宅型有料老人ホーム ルナ・メディカルホーム 施設長 殿

申込者 住所 〒

氏名	続柄
電話番号	携帯電話

フリガナ		生年月日	
入居希望者氏名	男・女	大正・昭和 年 月 日	歳
住所	〒	電話番号	
上記以外の連絡先	氏名	続柄	電話番号
	〒		携帯番号
現在担当ケアマネジャー	事業所名	担当者	
本人の現在の状況 (いずれかに○を付けてください)	① 自宅にいる :	独り暮らし	家族と同居
	② 施設や病院にいる :	施設・病院名 ()	
	入所・入院期間 :	令和 年 月 日	～
日常生活状況 (該当項目に○を付けてください)			
移動	自立 一部介助 全介助	自立 杖歩行 歩行器	シルバーカー 車いす
排泄	自立 一部介助 全介助	布パンツ パッド	リハビリパンツ オムツ
食事	自立 一部介助 全介助	主食(常飯 軟飯 お粥 ミキサー)	
	箸 スプーン フォーク	副食(常菜 軟菜 きざみ ミキサー)	
入浴	自立 一部介助 全介助	一般浴	機械浴 (座位・臥床)
認知症	脳血管性 老人性	アルツハイマー	その他 ()
病歴			
医療依存度	IVH・ポート / 胃・腸ろう / インスリン / 人工肛門 / 尿道バルーン / 膀胱瘻 / 吸痰 その他		
かかりつけ医			
介護上困っていること			

※入所申し込みの際は介護保険証の写しを一緒に提出してください。

施設関係者記入欄

入居申込書	確認日	/	確認者
介護保険証	確認日	/	確認者
認定期間	R 年 月 日	～ R 年 月 日	要介護