

入居相談申込書兼入居者様基本情報

相談日 令和 年 月 日

対応職員

施設名

見学に至った経緯	当施設の情報を知った日	平成・令和	年	月	日頃
	☐ あじさいホームページ ☐ あじさいInstagram ☐ あじさいフェイスブック				
	☐ 紹介業者（ネット含む）業者名：（担当者：）				
	☐ 紹介（ケアマネ・病院・行政機関・その他（）担当者：）				

申込者	ふりがな	本人・家族（続柄：）
	氏名	その他（）
	住所 〒	—
	電話	（ ）

入居者	ふりがな	生年月日
	氏名	明・大・昭・平 年 月 日（ ）歳
	住所 〒	—
	電話	（ ）

入居条件（当てはまるものに○を付けてください）

☐	介護保険受給者証を保有している	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2
☐	自立支援医療受給者証を保有している		
☐	厚生労働大臣が定める疾病等の別表7に当てはまる		

生活状況（既往歴は詳しくお書きください）

担当ケアマネ（現在いらっしゃらない場合は記入不要です）

1	在宅で生活中	氏名	
2	入院中	医療機関名	事業所名
		病名	
3	施設入所中	施設名	連絡先
		電話番号	
既往歴			

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
（使用器具）	杖 ・ 歩行器 ・ 車イス （その他：）
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 胃ろう ・ 経管栄養
（食事内容）	主食（常食 ・ 粥） 副食（常菜 ・ キザミ ・ パースト）
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
（使用用品）	オムツ ・ リハパン ・ ポータブル ・ バルーン
認知症	なし ・ あり
問題行動	なし ・ あり （徘徊・不潔行動・暴言・暴力・その他：）
感染症	なし ・ あり （ ）

入居希望日	/ /	費用負担	ご家族 ・ ご本人 ・ 生活保護
入居決定日	/ /	年金概算（1か月当たり）	円