ヴィラ湖水苑入居申込書

年　　月　　日

利用者	ふりがな 氏名	男 女	生年月日 明 ・ 大 ・ 昭　　年　　月　　日　　歳
	住所　〒　　ー 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 ）	負担割合証	割
認定の有効期間	年　月　日　～　年　月　日		

【本人の状況】

現在の状況	1.　在宅で生活中（同居・独居）（かかりつけ医名 2.　入院中　　医療機関名 3.　施設入所中　　施設名	服薬名
病　名		
希望される入居時期	□ 今すぐ　□　　年　月　日 頃まで	
希望される居室	□ A居室　□ B居室　□ C居室　□ D居室	
入所希望理由		
居宅介護支援事業所名： 担当ケアマネ氏名：　　電話　（　　）		

【本人の身体状況】(該当するものを〇で囲んで下さい)

認知症：	有 ・ 無　問題行動：徘徊 ・不潔行為 ・その他（　　）
移　動：	独歩 ・手摺り ・杖歩行 ・歩行器使用 ・車椅子 ・その他（　　）
食　事：	自立 ・一部介助 ・全介助（ 胃瘻等 ）：主食（常食 ・粥 ）副食（常菜 ・刻み・ミキサー）
排　泄：	自立 ・一部介助 ・全介助（オムツ・パット・バルンカテーテル）：トイレ ・Pトイレ
更　衣：	上衣：自立 ・一部介助 ・ 全介助　、下衣：自立 ・一部介助 ・ 全介助
入　浴：	自立 ・一部介助（　　）・全介助
整　容：	自立 ・一部介助（　　）・全介助
服薬管理：	自立 ・一部介助（　　）・全介助
金銭管理：	自立 ・一部介助（　　）・全介助
言　語：	普通 ・不自由（　　）
視　力：	普通 ・不自由（　　）
聴　力：	普通 ・やや難聴 ・難聴 （補聴器使用 有 ・無 ）
睡　眠：	良 ・ 良かったり悪かったり ・不眠 ： 状態（　　）
感染症：	有 ・ 無 （　　）
コロナワクチン	新型コロナウイルスワクチン接種：接種済み ・ 未接種 ・1回 ・2回 ・3回
利用者及び家族の介護に対する意向：	

※医療・看護情報、アセスメント、内服薬情報等一緒に提出いただけるとスムーズにお話しできます。

申込者	ふりがな 氏名	本人 ・ 家族(続柄：　　) ・ その他（　　）
	住所	連絡先