

申込日	令和 年 月 日
-----	----------

受付職員名	
-------	--

利用希望者	ふりがな		生年月日	☐ 明治 年 月 日	☐ 大正 年 月 日	☐ 昭和 年 月 日	歳
	氏名		性別	男	女		
	現住所	〒 ー 電話番号					
	現在の状況	☐ 在宅（通院中） ☐ 入院中 ☐ 施設入所中			主治医	病院：	
		病院または施設名（ ）			医師：		
	☐ 独居 ☐ 高齢者夫婦 ☐ 息子夫婦 ☐ 娘夫婦 ☐ その他（ ）						
在宅復帰予定	☐ 無（老健利用後は ）			☐ 有（時期 ）			

申請者	（ふりがな）氏名		続柄	
	住所	〒 ー	電話番号	
			携帯電話	

要介護認定	区分	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5									
	有効期限	平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日									
	負担限度額認定証	☐ 無 ☐ 有 第 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 段階									
	介護保険番号										
	居宅介護	事業所名									
	支援事業所	担当ケアマネジャー		市町村名							
一燈園のサービスの利用		☐ 無 ☐ 有（サービス名： ）									
特養等の他施設への入所申し込みの状況（ 済 ・ 予定 ）		☐ 無 ☐ 有（ ）									

利用者の状況	認知症	☐ 無 ☐ 軽 ☐ 中 ☐ 重									
	食事	☐ 自力摂取 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 胃瘻・鼻腔									
	排泄	☐ 自立 ☐ 見守り・一部介助 ☐ 全介助 おむつの着用 ☐ 有 ☐ 無									
	移動	☐ 歩行（見守り・杖・歩行器） ☐ 車椅子（介助・自操）									
	・麻痺	☐ 有 ☐ 無 ・意思疎通 ☐ 良好 ☐ やや難 ☐ 困難 ・視覚障害（ ）									
	注意すべき日常の行動	☐ 大声を出す ☐ 介護への抵抗 ☐ 収集癖 ☐ 異食行為									
		☐ その他 []									
	主な既往歴					現病（治療中）					
・感染症		☐ 有 ☐ 無（ ）									
☐ 尿管カテーテル		☐ ストマ（人工肛門）		☐ 酸素療法		☐ インスリン注射		☐ 人工透析			
☐ 褥瘡の処置		☐ 吸引の必要		☐ 吸入の必要		☐ その他（ ）					

※施設の居室は2人部屋と4人部屋があります。（2人部屋は通常の費用の他に1日当たり別途千円（税抜き）がかかります）
☐ 4人部屋希望 ☐ 2人部屋希望 ☐ 早く入所したいのでどちらでもよいです

施設記入欄	在宅復帰の可能性	☐ 有 ☐ 無
	入所の緊急性	☐ 有 ☐ 無
	その他	

※この利用申込書に介護保険証の写しを添付してください。入所時には診断書と身体状況調査表が必要となります。