

入 所 相 談 申 込 書

令和 年 月 日

入所希望施設名 「有 度 の 里」

対 象 者	フリガナ 氏 名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)
	住 所				電話番号	
対 象 者 の 状 況	要介護度 () 認定期間 年 月 日 ～ 年 月 日					
	歩 行	自立・半介助・全介助		認知症 (有 ・ 無)		
	食 事	自立・半介助・全介助				
	排 泄	自立・半介助・全介助・オムツ		症状 (ア) 不安 (イ) 攻撃性 (ウ) 徘徊 (エ) 不穏 (オ) 暴力 (カ) 無気力 (キ) 抑うつ (ク) 幻覚 (ケ) 妄想		
	入 浴	見守り・半介助・全介助				
	着脱衣	自立・半介助・全介助		問題行動 有 ・ 無		
	視力障害	有・無		特記事項		
	聴力障害	有・無				
	言 葉	可・不可				
	床ずれ	有・無 部位 ()				
	既往歴					
	現在症状				主治医 病院名 備 考	
家 族 の 状 況	続 柄	氏 名	年齢	備 考		家系図
生 活 歴						
相 談 内 容						
担当ケアマネ						
受付者氏名 ()						

* 介護保険被保険者証のコピーを添付してください。