



サービス付高齢者向け住宅 アットホーム福岡  
入居申込書

申込年月日	年 月 日	※施設記入	受付番号
-------	-------	-------	------

下記の□にチェックをお願い致します。

入居申込者	フリガナ			明治・大正・昭和	性別	□ 男 □ 女	
	氏名	生年月日	年 月 日 ( 歳 )				
	住所	郵便番号 ( - )	電話番号	( )			
	介護保険証情報	申請	□ 済 □ 更新中 □ 変更中	被保険者番号			
		□ 自立 □ 要支援1 □ 要支援2 □ 要介護1 □ 要介護2 □ 要介護3 □ 要介護4 □ 要介護5 介護保険負担限度額認定証 □ あり □ なし ※ありの場合 食費の負担限度額 □ 300円 □ 390円 □ 650円					
現在の住居	□ 自宅 □ 老人保健施設 □ 療養型医療施設(介護保険) □ 一般病院(医療保険) □ 養護老人ホーム □ 軽費老人ホーム □ ケアハウス □ グループホーム □ 生活支援ハウス □ 特別養護老人ホーム □ 有料老人ホーム(介護付) □ 有料老人ホーム(住宅型) □ サービス付高齢者向け住宅 □ その他( ) 平成 年 月頃 より 施設名【 】						
家族・申込者	フリガナ						
	氏名	続柄		備考			
	住所	郵便番号 ( - )	電話番号	( )			
居宅介護支援事業所 (担当ケアマネジャー様)	利用	□ あり ※ありの場合は下記記入 □ なし		備考			
	事業所名	フリガナ		担当ケアマネジャー様氏名			
	事業所住所	郵便番号 ( - )	電話番号	( )			
介護保険サービス (現時点)	訪問	□ 訪問介護(ヘルパー) (週/ 回) □ 訪問リハビリテーション(週/ 回)					
	通所	□ 訪問入浴介護(週/ 回) □ 訪問看護(週/ 回)					
	短期入所	□ 通所介護(デイサービス) (週/ 回) □ 通所リハビリテーション(デイケア) (週/ 回)					
	その他	□ 短期入所生活介護(月/ 回) □ 短期入所療養介護(月/ 回)					
他機関への申込状況	申込	□ 申込済 □ 申込予定 ※下記の機関は複数回答可です					
	申込機関	□ 特別養護老人ホーム □ 老人保健施設 □ グループホーム □ 有料老人ホーム □ その他( )					
入居希望時期	□ 今すぐ入居したい(開設時) □ 平成 年 月頃入居したい □ 現在検討中						

施設記入	受付者名	
------	------	--

※裏面に入居申込書別表がありますので記載お願い致します。



サービス付高齢者向け住宅 アットホーム福岡  
入居申込書(別表)

下記の□にチェックをお願い致します。

日常生活での必要介護状況

移動	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	杖や歩行器を 使えば歩ける <input type="checkbox"/>	車椅子を 自分で操作 <input type="checkbox"/>	転倒の危険性あり 目を離せない <input type="checkbox"/>	車椅子に乗っても 操作できない <input type="checkbox"/>	リクライニング車椅子 かベッド上 <input type="checkbox"/>
食事	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	道具などを使えば 出来る <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	飲み込みの際 頻繁にむせる <input type="checkbox"/>	胃瘻・鼻腔などの 経管栄養 <input type="checkbox"/>
入浴	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	そばで見守る 程度で可能 <input type="checkbox"/>	浴槽の出入りに 介助を要する <input type="checkbox"/>	洗身や洗髪に 介助を要する <input type="checkbox"/>	出入り、洗髪等 全て介助 <input type="checkbox"/>	特殊機械浴槽が 必要 <input type="checkbox"/>
排泄	介護の必要なし <input type="checkbox"/>	時間毎の声かけ 等を要する <input type="checkbox"/>	少し介助が必要 <input type="checkbox"/>	大部分に介助が 必要 <input type="checkbox"/>	オムツや尿とりパット を使用する <input type="checkbox"/>	カテーテルを要する <input type="checkbox"/>
コミュニケーション	日常生活において 問題ない <input type="checkbox"/>	気分により波がある <input type="checkbox"/>	特定の事柄なら 可能 <input type="checkbox"/>	出来ない時の方が 多い <input type="checkbox"/>	ほとんど出来ない <input type="checkbox"/>	意思疎通は 不可能 <input type="checkbox"/>
認知症状	認知症なし <input type="checkbox"/>	認知症あり <input type="checkbox"/>	ありの場合のみ【具体的な症状】			
【特記事項】 ※上記以外で特に介護が必要な事項						
【経済状況】 年金受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 生活保護受給 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
【嗜好状況】 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> お酒(週 回) <input type="checkbox"/> 煙草(1日 本)						

医療状況(現在のかかりつけ医または入院先)

医療機関	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 通院		主治医	
内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
医療処置	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> その他( ) <input type="checkbox"/> 該当なし			
【現在治療中の疾患・特記事項】				

入居者の代理人 表面の家族・申込者と同じ 該当者がいない

代理人	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所	〒		
	電話番号			

入居を希望する理由を記入してください