

# 介護付有料老人ホームあい美原（地域密着型特定施設入居者生活介護）入居申込書

介護付有料老人ホームあい美原に入居希望のため申し込みます。

令和 年 月 日

申 込 者	氏名	本人・ケアマネ・家族（続柄： ）・ その他（ ）
	住所 〒	
	連絡先	（ ） ・ （ ）

\*担当のケアマネージャー（ ） 居宅支援事業所名（ ）

\*今後の連絡先☑本人・家族（ ）・ケアマネ・施設（ ）・病院（ ）

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年	月 日 歳
	住所 〒	—	函館市	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 ）
---------	--------------------------

認定の有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで
---------	-------------------------

連絡先（緊急時）	氏名	続柄
	住所 〒	
	電話 自宅（ ）	勤務先等

家族の状況	続柄	氏名	年齢	住所	電話番号	職業	備考

現在の状況	1 在宅で生活中 独居・家族（ ）	今後の生活・施設への希望
	2 入院中 医療機関名_____	
	3 施設入所中 施設名_____	

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/独歩・杖歩行・歩行器使用・車いす・その他（ ）

\*食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助

\*排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ポータブル・おむつ使用（常時・夜間のみ）

\*認知症： 有 ・ 無（ ）

\*感染症： 有 ・ 無（ ）

\*必要としている医療的処置： 経管栄養（鼻腔・胃ろう・腸ろう） 在宅酸素 人工透析  
ペースメーカー 尿管カテーテル インスリン注射 その他（ ）

既往症・主治医・病名・手術・定期受診病院名など	備考
-------------------------	----

連絡先 〒041-0806 函館市美原3丁目13-32

介護付有料老人ホームあい美原

TEL. 0138-83-6165 FAX. 0138-83-6168