

その他	フリガナ		性別		
	氏名				
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	
		日	(歳)	
	本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 子	<input type="checkbox"/> 子の配偶者	
		<input type="checkbox"/> 兄弟姉妹	<input type="checkbox"/> 甥・姪	<input type="checkbox"/> その他()	
	同居の別	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居		
		※別居の場合	住所:	電話:	
	障害や疾病	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 介護可能	<input type="checkbox"/> 多少困難	<input type="checkbox"/> 介護困難
		就労状況	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 4時間未満	<input type="checkbox"/> 4～7時間
	<input type="checkbox"/> 高齢者等で就労不可能				
	他の要介護者	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2以上
	育児・家族の病気	<input type="checkbox"/> 無し	<input type="checkbox"/> 随時育児看病	<input type="checkbox"/> 半日育児看病	<input type="checkbox"/> 常時育児看病
介護の関わり方	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> やや消極的	<input type="checkbox"/> 非常に消極的	<input type="checkbox"/> 介護拒否	
他の同居介護補助者	<input type="checkbox"/> 常時あり	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> ほとんど無し		
別居血縁者介護協力	<input type="checkbox"/> 常時あり	<input type="checkbox"/> 随時あり	<input type="checkbox"/> ほとんど無し		
住環境	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 問題有り	<input type="checkbox"/> 非常に問題有り	<input type="checkbox"/> 住居無し	
入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい				
	<input type="checkbox"/>	年	月	頃までには入居したい	
他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる				
	<input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる()				
居宅介護支援事業所の利用状況	事業所名:		電話:		
	担当ケアマネジャー:				

備考	入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、優先的な入居の判断において特に考慮する必要がある場合は、その内容をご記入ください。
----	---

○ 個人情報提供同意欄

施設の入居の円滑化に資するため、入居の判定に必要な範囲に限り、居宅介護支援事業所、介護保険施設、主治医、市町村又は児童民生委員に対し、居宅介護サービスの利用状況、介護者の状況、心身の状況などの個人情報の提供を求め、又は個人情報を提供することに同意します。

平成 年 月 日 氏名 印

○ 面会同意欄

本人に面会することに同意致します。なお、事前のご連絡は致しませんのでご了承下さい。

平成 年 月 日 氏名 印