

**【①家族及び近親者の状況】**同居・別居・介護者欄は該当する箇所を○印で囲ってください。

氏名 <small>ふりがな</small>	生年月日	住所	連絡先	続柄	同・別居 介護者
	T・S・H ( 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	T・S・H ( 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	T・S・H ( 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	T・S・H ( 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者
	T・S・H ( 歳)	〒	自宅 携帯		同・別 介護者

**【②生活歴・趣味】**

**【③保険関連】**※申請には介護保険証(写し)を添付して下さい。

介護(申請中・支援・要介護)  
 身障・精神( 級)  特別医療  
 後期高齢者医療  原爆手帳  
 その他( )

**【④経済状況】**

本人の 所得 状況	種類	年金		
	収入	約 万円/年	年間 所得	万円
	その他収入	約 万円/年		
備考				

**【⑤サービスを希望される理由】**入居希望、不安に感じていること、希望したいサービスについてご記入下さい。

**【⑥現在の生活状況】**該当する項目にレ点を付けて下さい。( )内は必要事項を記載下さい。

現在の生活場所:  
 自宅  施設 (施設名: )  病院 (病院名: )

現在のサービス内容:  
 デイサービス  デイケア  訪問介護  訪問看護  訪問リハ  訪問入浴  福祉用具レンタル  
 その他 ( )

居宅介護支援事業所: (担当ケアマネージャー名: )

**【⑦医療機関・既往歴・その他】**

医療機関名: 主治医:

既往歴[疾患名]:

**【⑧健康診断書並びに血液検査を依頼させていただきます。】**

入居の際に取寄せさせていただきます。→ 承諾する(署名 印)  承諾しない

**<備考>** (希望する箇所にチェックをして下さい。)

連絡可能な時間帯	<input type="checkbox"/> ~8:30 <input type="checkbox"/> 8:30~11:30 <input type="checkbox"/> 11:30~14:30 <input type="checkbox"/> 14:30~17:30 <input type="checkbox"/> 17:30~ <input type="checkbox"/> 指定なし
利用を開始したい時期	<input type="checkbox"/> 即利用 <input type="checkbox"/> 1ヶ月~3ヶ月後 <input type="checkbox"/> 3ヶ月~6ヶ月後 <input type="checkbox"/> 6ヶ月~1年後 <input type="checkbox"/> 1年~2年後 <input type="checkbox"/> 指定なし

\* 他施設にも入所申込又は申込検討をされている方は施設名ご記入下さい。

【施設名: