



申込日 年 月 日

申込者	ふりがな		性別	続柄	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 知人
	氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> その他
	住所	〒 —			
	連絡先	自宅		その他勤務先等	
		携帯			

入居者情報	ふりがな		性別	生年月日		
	氏名		男・女	T・S	年 月 日 ( 歳)	
	住所	〒 —				
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> 甥 <input type="checkbox"/> 姪 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	介護度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請・更新中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( 1・2 ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( 1・2・3・4・5 )				
	居宅介護支援事業所名		ケアマネジャー			
	入院・入所先			連絡先		
				相談員		
	入院・入所日			連絡先		
		年 月 日		退院・退所予定日	年 月 日	
	現在利用している介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週 <input type="checkbox"/> デイサービス 回/週 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/週 <input type="checkbox"/> デイケア 回/週 ( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ 回/週 <input type="checkbox"/> 利用していない				
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 具体的に ( )		
	現疾患			かかりつけ医		
				連絡先		
特別な医療等	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 精神疾患 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (胃ろう・経鼻) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> ガン末期 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> その他 ( )			ワクチン接種について		
				<input type="checkbox"/> 新型コロナ 済 ( 回 ) ・ 未 <input type="checkbox"/> インフルエンザ 済 ・ 未		