

# 【入所希望票】

年 月 日 A3つづく→

フリガナ			介護度
入所者名	男・女 T・S・H 年 月 日生 ( 歳)		
住 所	〒 TEL ( ) -		
申 込 者	フリガナ	男・女 ( 歳)	
	氏名	続柄： 職業：	
	( 自 宅 ) 〒	TEL ( ) -	携帯 - -
そ の 他 連 絡 先	フリガナ	男・女 ( 歳)	
	氏名	続柄： 職業：	
	( 自 宅 ) 〒	TEL ( ) -	携帯 - -
入所希望の動機：		家族構成： □=○ <small>□→男 =婚姻 ○→女</small>	
過去の病気：	現在の病気：		
現在の生活状況： 1) 自宅で生活 (主な介護者： ) 2) 入 院 中 (病院名： ) 3) その他		在宅サービス利用： 有 担 当 者 事業所名 電話番号 無	
現在の身体状況： 現在、医療治療を 受けている 受けていない			
退所後について： 自宅にすることが 出来る 出来ない (理由： )			
老人ホームに入所を申請していますか？ はい ( 年 月 日 申請 ) いいえ			
入所希望日： 年 月 日		保険の種類：	

# 調 査 票

本人氏名：							
本人所得(年収)：年金				その他：			
生 活 暦							
現在に至るまでの生活状況：							
出生地・出身地：							
生活拠点・転居等：							
主な仕事：							
趣味・嗜好：							
活動・特技等：							
家 族 構 成							
氏 名	性別	続柄	年齢	職 業	年 収	健康状態	介助への関与
家屋の状況：						備 考：	
種 類： 一戸建て (平屋・二階) アパート マンション (自宅・借家)							
自 室： 有 ・ 無 (改造計画： 有 ・ 無 )							
浴 室： 有 ・ 無 (改造計画： 有 ・ 無 )							
トイレ： 和式・洋式・簡易洋式 (改造計画： 有 ・ 無 )							