

## 介護付有料老人ホーム サンヒルズ総社 入居申込書

[申込年月日： 年 月 日]

入居予定者氏名	(フリガナ) (押印省略)	性別	男・女	居住形態	独居・家族同居	
		生年月日		年 月 日 ( 歳)		
住所	〒					
連絡先	自宅：		携帯：			
身元引受人氏名	(フリガナ) (押印省略)	性別	男・女	続柄		
		生年月日		年 月 日 ( 歳)		
住所	〒					
連絡先	自宅：		携帯：			
要介護度 (該当箇所にレ印)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5					
	保険者	前橋市・その他 ( )	被保険者番号			
現在の介護保険 利用状況	在宅でのサービス利用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	施設入所	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
担当介護支援専門員	事業所名： 担当者名： 連絡先：					
健康状態 (該当箇所にレ印)	現在治療中の 疾病	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	かかりつけ 医療機関	医療機関名： 担当医名：				
	主な既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
	感染症既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( B型肝炎・C型肝炎・結核・梅毒・その他 )				
	身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
日常生活動作 (該当箇所にレ印)	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		補助具	<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 不使用	
	ベットの移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		補助具種類	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子	
	食事内容	主食	<input type="checkbox"/> 御飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養		摂取方法	<input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 小きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー			
	排泄動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> トイレ誘導 <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (ロオムツ ロパット ロリハビリパンツ)				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		疎通	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
認知症	状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				
	障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 幻覚妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> その他				
所得状況 (昨年の実収入額を記入)	年金収入：年額 円 給与収入：年額 円 その他収入(利子、配当、不動産収入等)：年額 円					

## ■入居申込書における個人情報の利用について

本申込みにかかる個人情報の取扱いについては下記の利用目的により、「厚生労働省 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」に基づき適正に利用いたします。

## 〔利用目的〕

- 当施設が取扱うサービスの案内を行うため
- 施設内における入居検討委員会の判定資料
- 入所待機状況の調査における本人及び申込者への確認
- 入所に係る各関係機関との情報交換
- 入居申込者からの各種問合せ等にかかる相談対応
- 群馬県及び保険者となる自治体等が適切な業務を遂行するために必要な情報の提供

入居申込の説明事項及び上記内容に同意します。

令和 年 月 日 ご署名 (押印省略)