

2 身体能力（食事・排泄）の状況 ※該当するものに○をつけて下さい

食 事	<ul style="list-style-type: none"> • ご自分で全て摂取 • 一部介助にて摂取 • 全て介助で摂取 	<ul style="list-style-type: none"> • 点滴 • 鼻腔栄養 • 胃婁 	排 泄	<ul style="list-style-type: none"> • ご自分で後始末まで可能 • 一部介助 • 夜間のみオムツ使用 • 昼夜オムツ使用
-----	---	--	-----	---

（裏面も記入してください。）

（裏 面）

3 介護者の状況（現在、申込者が自宅で生活の場合及び施設に入所しているが退所が予定されている場合に記載）

主たる介護者等の状況で、該当する項目1つに○をつけて、必要事項を記入してください	1. ひとり暮らしで、介護者がいない
	2. 介護者が要介護状態、病気療養中又は障がい有することにより、介護が困難 〔 要介護状態区分:() 病気療養中:(病名等) 障がいの等級等:() 〕 介護が困難な状況 :
	3. 介護者が要支援状態又は高齢者（75歳以上）であることにより、介護が困難 〔 要支援状態区分:(1 ・ 2 ・ 事業対象者) 年齢:(歳) 〕 介護が困難な状況 :
	4. ひとり暮らしで、介護者がいるが、日常的に介護を受けることが困難 〔 介護が困難な状況 :
	5. 複数人を介護しているため、介護が困難 〔 申込者以外の介護の状況 :
	6. 介護者が就労をしているため、介護が困難 〔 就労の状況 (週 回) (1日当たり 時間) (夜勤：有・無)
	7. 介護者が育児をしているため、介護が困難 〔 育児の状況 (育児の対象 歳児) (育児の頻度：常時 半日程度 臨時的)
	8. 上記以外の状態で介護が困難 〔 介護が困難な状況 :

4 施設入所の状況（該当する施設に入所している場合に記載）

該当する項目1つに○をつけてください	1. 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、法令で定めるその他の福祉施設（介護付きの施設は2へ） (施設名)
	2. 特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、グループホーム、1のうち介護付きの施設、病院 (施設名)

5 その他事項（現在治療中の病気・手術歴・お飲みのお薬や困っていることがあれば記載してください。）

--

担当ケアマネジャー	氏名	事業所名
主治医	氏名	病院名

*** 入居申込後に本人及び介護者の状況に変化が生じた場合は、必ず御連絡ください。**