（様式 1）

受付日	平成　　年　　月　　日

メゾンクレア なごみ　入 居 申 込 書
maison　clair（医療介護支援住宅）

受 付 担当者	

株式会社SKYコーポレーション
〒731-0221　広島市安佐北区可部4-6-3-203
TEL：082-815-8050
FAX：082-819-2072

ケア付き賃貸住宅に以下の通り入居を希望します。

申請者（連絡先）	〒　　ー 住所 入居希望者との続柄（　　）	氏 名	㊞
		電 話	（　　）
		携 帯	（　　）

入居希望者の状況	ふりがな		性 別	保　険　者	
	氏 名	印	男・女	被保険者番号	
	生年月日	明・大・昭　年　月　日		要介護状態区分等	なし・要支援（1・2） 要介護（1・2・3・4・5）
	現 住 所	〒　　ー		認定有効期限	平成　年　月　日から 平成　年　月　日まで
	状　況	☐自宅で一人暮らし　☐自宅で家族と暮らしている ☐介護保険等居宅サービスを利用している ※利用限度額に対する利用の割合にチェックしてください ☐2割以上 ☐5割以上 ☐8割以上 ☐特養などの施設や病院に入っている（入所、入院中の方は下記にご記入ください） ※施設種別・施設名または病院名： ※所在地： ※入所又は入院時期：平成　年　月頃から			
	入居希望の理由（複数回答可）	☐介護者がいないため　☐独居で将来に不安があるため ☐介護者の心身的理由により十分な介護が期待できない　☐他人に迷惑をかけたくない ☐介護者の就労により、十分な介護が期待できない ☐身寄りがいない　☐生涯の住居としたい ☐現居住・衛生環境の事情により、十分な介護ができない ※居住環境の状況について　☐本人専用の居住スペースがある ☐スペースがない ※衛生環境の状況について　☐常に掃除ができないなど衛生上の問題がある ☐問題がない ☐施設や病院等から退所、退院を迫られているが、自宅での介護ができない ☐その他（　　）			
	入居希望時期	☐できるだけ早く入居したい ☐平成　年　月頃（まで、以降）に入居したい			
	医療の状況	☐経管栄養 ☐胃ろう ☐IVH ☐インシュリン注射 ☐じょく瘡（床ずれ）☐在宅酸素 ☐バルーンカテーテル ☐人工肛門 ☐人工膀胱 ☐その他（　　）			
	特養等申請状況	☐当該施設のみの申請 ☐他の施設にも申請している			
主介護者	ふりがな		性 別	本人との関係	
	氏　名		男・女	生 年 月 日	明・大・昭　年　月　日
	同居有無	☐同居している　☐別居している　☐その他（　　）			
備考	ケアマネジャー/主治医	☐いる　※事業所名（　　）名前（　　） ☐いない　/主治医　病院名（　　）医師名（　　）			

（様式 1）

入居希望者の現在の身体状況	視力	□普通　□弱視　□全盲 眼鏡使用：□有　□無	麻痺	□有（左・右・両 上肢／左・右・両 下肢） □無
	聴力	□普通　□やや難聴　□難聴 補聴器使用：□有　□無	拘縮	□有（肩・肘・指・股・膝・足） □無
	意思疎通	□可　□一部可　□不可	移動	□歩行（自力・杖・歩行器） □車椅子（自力・介助） □電動式車椅子
	食事	□自立　□一部介助　□全介助	入浴	□自立　□一部介助　□全介助
	着脱衣	□自立　□一部介助　□全介助 □衣服の選択ができない　□準備できない	整容	洗　面：□自立　□一部介助　□全介助 歯磨き：□自立　□一部介助　□全介助 入れ歯：□有　□無
	排泄	□トイレ　□Pトイレ　□オムツ （自立、声がけ誘導、一部介助、全介助）	対人関係	□協調的　□普通　□拒否的
	性格	□おとなしい　□好き嫌いが多い　□その他 □朗らか　□わがまま　（　　） □親しみやすい　□頑固 □几帳面　□短気 □人に溶け込めない　□無口 □凝り性　□融通がきかない		
	認知症・精神状態	□認知症の診断が有 □精神・知的障害が有　□特筆すべき症状 内容（　　） □特になし		
		身体障害者手帳　□無　□有（　種　級／障害名：　　）		

入居の申請に至る生活歴

特記事項