

# 個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲で使用することに同意します。

## (1)使用目的

- ①適切なサービスを円滑に行うためや、連携が必要な場合の情報共有のための場合
- ②サービス提供にかかる請求業務などの事務手続きやサービス利用にかかわる管理運営のための場合
- ③法令上義務付けられている、関係機関からの依頼があった場合
- ④損害賠償責任などにかかる公的機関への情報提供が必要な場合
- ⑤特定の目的のために同意を得たものについては、その利用目的の範囲内で利用する

## (2)使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は(1)に記載する目的の範囲内で必要最低限にとどめ、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。
- ②事業所は、個人情報を使用した会議・出席者・内容等について記録しておくこと。

## (3)個人情報の内容

- ①氏名、住所、健康状態、病歴、家族状況、その他の利用者や家族等に関する個人情報
- ②認定調査票、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見(認定結果通知書)
- ③その他の情報

## (4)使用期間

平成 年 月 日から当事業所の契約終了日まで

同意する                      同意しない

<肖像権について>

当施設の、ホームページ・パンフレット・施設内研修・掲示物・広報誌などにおいて、ご利用者様の映像・写真を使用させていただきたい場合がございます。使用につきまして以下に○をご記入下さい。

同意する                      同意しない

平成 年 月 日

社会福祉法人 大和清泉会

特別養護老人ホームこまどりと丘

施設長 殿

利用者                      住所.....

氏名..... 印

代理人                      住所.....

氏名..... 印

家族                          住所.....

氏名..... 印

\*ご本人の意思が確認できない場合は代理人の記載が必要です

標準様式1

指定介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)入居申込書兼台帳

申込者連絡先	氏名:	続柄
	〒 -	
	住所:	
	電話	

施設記入欄	申込日	平成	年	月	日
	受付日	平成	年	月	日
	受付番号		担当者名		
	法人名	社会福祉法人 大和清泉会			
	入居申込施設名	特別養護老人ホーム こまどりと丘			

本人の状況	(フリガナ)		性別		保険者(番号)														
	氏名		男 ・ 女		被保険者番号														
	生年月日	明・大・昭	年	月	日(満 歳)	要介護度	3	4	5	(特例)	1	2							
	要介護認定期間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日	認定申請	平成	年	月	日				
	介護保険負担限度額	利用者負担額 ( <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 )																	
	自宅住所	〒 -				電話番号													
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 _____ 所在地 _____ 〒 - _____ 電話番号 _____ 入所又は入院期間:平成 年 月から( 年 か月)																	
	申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「疾病」、「障害」、「就労」、「別居(遠方)」等により介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが充分でない為(夜間訪問看護など) <input type="checkbox"/> 居住環境の事情(狭い・改修不可能・立地・地形上)により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分限度額を超えており、経済的負担が大きい為 <input type="checkbox"/> その他( _____ )																	
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難																	
	在宅介護継続期間	年	ヶ月	居宅サービスの利用の有無 <input type="checkbox"/> 有 (下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無															
	申込日前月に 利用中のサービス ( 月分)	訪問介護	回/月	通所介護	回/月	短期入所療養介護	回/月	訪問看護	回/月	短期入所生活介護	回/月	訪問リハ	回/月	福祉用具貸与	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月
		訪問看護	回/月	訪問入浴	回/月	短期入所生活介護	回/月	訪問リハ	回/月	福祉用具貸与	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月
		訪問リハ	回/月	福祉用具貸与	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月	通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月
通所リハ		回/月	福祉用具貸与	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月	通所リハ	回/月	居宅療養管理指導	回/月	通所リハ	回/月	
利用している 居宅介護 支援事業者名	電話番号:				担当 ケアマネー ジャー氏名														

	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 早期希望(1～3カ月以内) <input type="checkbox"/> 6カ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上( )年以内		
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input type="checkbox"/> 他の施設【特養・老健・療養型・病院】にも申し込んでいる 予定も含む( )箇所) ◇既に申し込んでいる他の施設名( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ◇特養待機期間(他施設も含む) 年 ヶ月		
本人の状況	移動・移乗	移動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( 右上肢 左上肢 右下肢 左下肢 )	
		立ち上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		座位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		立位保持	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	食事	主食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 注入食	
		副食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ	
		用具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 滑り止め <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> その他【 】	
		自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助	
排泄	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> パット		
	夜間	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> パット		
	尿意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	便意	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
入浴	浴槽の種類	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴(臥床タイプ) <input type="checkbox"/> チェア浴(座位タイプ) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭		
	浴槽への出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車いす		
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
身体状況	身長	cm	体重	kg
	発語	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> やや不自由 <input type="checkbox"/> 不自由		<input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 分かりにくい <input type="checkbox"/> 分からない
	視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> メガネ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる <input type="checkbox"/> 聴こえにくい <input type="checkbox"/> 聴こえない <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	精神状態	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定( )		
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他( )		
	会話	<input type="checkbox"/> 出来る <input type="checkbox"/> 無反応 <input type="checkbox"/> つじつまが合わない <input type="checkbox"/> 簡単な会話は通じる		
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )		
見当識	<input type="checkbox"/> 全くない <input type="checkbox"/> まれにある <input type="checkbox"/> 古い記憶は少し残存 <input type="checkbox"/> 古い記憶は覚えている <input type="checkbox"/> 最近の出来事は忘れる			

本人の状況	健康状況		現疾患		既往歴	
	病院名		主治医			
	住所〒		連絡先			
	医療の状況		経管医療・胃瘻・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( )			
	感染症	無・有( )	アレルギー	無・有( )		
	便秘	無・有(服薬)	睡眠	無・有(服薬)		
	褥瘡	無・有	入れ歯	無・有(上・下・部分)		
主たる介護者の状況	(フリガナ)		性別	年齢	本人との関係	続柄( ) □同居 □別居
	主たる介護者氏名		男・女	満歳		住所: 電話番号:
	就業状況等	就業中・共働き・育児・その他( )				
	現状の介護で困っていること悩みなど					
その他の介護者	無・有(子・兄弟・親戚・その他)					

同意欄	<p>今後、指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】への入居者の状況を調査するため、氏名・生年月日・住所(居住)・入居時期について、県や保険者である市町村に報告することに同意します。</p>					
	<p>平成 年 月 日</p> <p>氏名: _____</p> <p>代筆者名: _____ (続柄)</p>					

- 注1 入居のための待機中に、当施設以外の施設に入居が決定した場合、または要介護度や連絡先介護保険の状況等について変更がありました場合は、速やかにご連絡をお願い致します。
- 注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
- 注3 入居希望時期については、入居決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入下さい。

記入例

申込者連絡先	氏名: <b>こまどり 太郎</b>	続柄	<b>長男</b>
	〒 <b>631 - 0072</b>		
	住所: <b>奈良県奈良市二名1丁目2356-1</b>		
	電話 <b>0742-51-7351</b>		

施設記入欄	申込日	平成	年	月	日
	受付日	平成	年	月	日
	受付番号		担当者名		
	法人名	社会福祉法人 大和清泉会			
	入居申込施設名	特別養護老人ホーム こまどりと丘			

本人の状況	(フリガナ)	<b>コマドリ トメ</b>	性別	男	保険者(番号)	<b>奈良市</b>	<b>2</b>	<b>9</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>			
	氏名	<b>こまどり トメ</b>	性別	<b>女</b>	被保険者番号	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>
	生年月日	明 <b>大</b> 昭 <b>11年10月10日</b> (満 <b>85</b> 歳)	要介護度	<b>3・4・5</b>	(特例) <b>1・2</b>										
	要介護認定期間	平成 <b>26年 4月 1日</b> から 平成 <b>28年 3月 31日</b> まで	認定申請予定日	平成 年 月 日	※未申請の方は記入してください。										
	介護保険負担限度額	利用者負担額 ( <input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input checked="" type="checkbox"/> 第3段階 <input type="checkbox"/> 第4段階 )													
	自宅住所	〒 <b>631 - 0072</b> <b>奈良県奈良市二名1丁目2356-1</b>	電話番号	<b>0742-51-7351</b>											
	現況	<input type="checkbox"/> 自宅一人で暮し <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 他の施設や病院に入っている 施設・病院の名称 _____ 所在地 〒 _____ 電話番号 _____ 入所又は入院期間:平成 年 月から( 年 か月)													
	申込理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない為 <input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「疾病」、「障害」、「就労」、「別居(遠方)」等により介護が困難な為 <input checked="" type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができない為 <input type="checkbox"/> 利用したい在宅サービスが充分でない為(夜間訪問看護など) <input type="checkbox"/> 居住環境の事情(狭い・改修不可能・立地・地形上)により十分な介護が困難な為 <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所を求められているが、自宅での介護が困難な為。 <input type="checkbox"/> 介護保険の居宅サービス給付の区分限度額を超えており、経済的負担が大きい為 <input type="checkbox"/> その他( )													
	本人の入居意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input checked="" type="checkbox"/> 認知力低下により理解困難													
	在宅介護継続期間	<b>3年 2ヶ月</b>	在宅サービスの利用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有(下記についても記入してください) <input type="checkbox"/> 無											
	利用中のサービス ( 月分)	訪問介護	回/月	通所介護	<b>8</b> 回/月	短期入所療養介護	回/月								
		訪問看護	回/月	訪問入浴	回/月	短期入所生活介護	<b>12</b> 回/月								
		訪問リハ	回/月	福祉用具貸与	回/月	居宅療養管理指導	回/月								
		通所リハ	回/月		回/月		回/月								
	利用している居宅介護支援事業者名	<b>居宅介護支援事業所 桜華</b>		担当ケアマネジャー氏名	<b>おか せつこ</b>										
	電話番号: <b>0742-11-2222</b>														

	入居希望時期	<input checked="" type="checkbox"/> 早期希望(1~3カ月以内) <input type="checkbox"/> 6カ月以内 <input type="checkbox"/> 1年以内 <input type="checkbox"/> 1年以上( )年以内			
	他施設への申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み <input checked="" type="checkbox"/> 他の施設【特養・老健・療養型・病院】にも申し込んでいる 予定も含む ( 1 箇所) ◇既に申し込んでいる他の施設名( <u>○○苑</u> )( ) ◇今後申し込む予定の他の施設名( ) ( ) ◇特養待機期間(他施設も含む) 年 月			
本人の状況	移動・移乗	移動	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> つたい歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <u>右上肢</u> <u>左上肢</u> <u>右下肢</u> <u>左下肢</u> )		
		立ち上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		座位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		立位保持	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	食事	主食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 注入食		
		副食	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ		
		用具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 滑り止め <input checked="" type="checkbox"/> エプロン <input checked="" type="checkbox"/> 自助食器 <input type="checkbox"/> その他【 】		
		自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	日中	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> パット			
	夜間	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器・便器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> はくパンツ <input type="checkbox"/> パット			
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <u>時々失禁あり</u>			
	便意	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <u>時々間に合わないことあり</u>			
入浴	浴槽の種類	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴(臥床タイプ) <input checked="" type="checkbox"/> チェア浴(座位タイプ) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
	浴槽への出入り	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 車いす			
	洗身	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
身体状況	身長	153 cm	体重	45 kg	
	発語	良好・ <u>やや不</u> 自由・不自由		理解力	有・ <u>分</u> かりにくい・分からない
	視力	<input checked="" type="checkbox"/> 見える・見えにくい・見えない・メガネ <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無			
	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 聞こえる・聞こえにくい・聞こえない・補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	精神状態	安定 <u>不安定</u> ( )			
	認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠・妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・暴言 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> 異食 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ状態 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> その他( )			
	会話	出来る・無反応・つじつまが合わない・ <u>簡</u> 単な会話は通じる			
	問題行動	<input checked="" type="checkbox"/> 無・有( )			
見当識	全くない・ <u>ま</u> れがある・古い記憶は少し残存 古い記憶は覚えている・最近の出来事は忘れる				

本人の状況	健康状況	現疾患 <b>アルツハイマー型認知症・高血圧症</b>	既往歴 <b>脳梗塞</b>			
	病院名 <b>〇〇〇クリニック</b>	主治医 <b>大和 清二</b>				
	住所 <b>〒奈良市二名1234</b>	連絡先 <b>0742-11-2233</b>				
	医療の状況	経管医療・胃瘻・人工肛門・インシュリン・在宅酸素・その他( )				
	感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( )	アレルギー	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有( <b>さば</b> )			
	便秘 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (服薬 <b>ヨーデル</b> )	睡眠	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有(服薬 )			
	褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 有	入れ歯	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有( <input checked="" type="checkbox"/> 上 <input checked="" type="checkbox"/> 下・部分)			
主たる介護者の状況	(フリガナ)	<b>コマドリ ウタコ</b>	性別	年齢	本人との関係	続柄( <b>長男の嫁</b> ) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居
	主たる	<b>こまどり うたこ</b>	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	満歳		住所: <b>奈良県奈良市二名1丁目2356-1</b>
	介護者氏名					電話番号: <b>0742-51-7351</b>
	就業状況等	就業者中・ <input checked="" type="checkbox"/> 共働き・育児・その他( )				
現状の介護で困っていること悩みなど	<b>妻はパートで、週の前半はフルタイム、後半は午前の勤務になるよう調整し、</b> <b>母の介護を行ってきたが、母の昼夜逆転が顕著になり、</b> <b>私も妻も夫婦ともども夜間の介護で身体的・精神的に参ってきている。</b> <b>経済的な事情で妻も仕事を辞めることは難しく、自宅での介護に限界を感じている。</b>					
その他の介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (子・兄弟・親戚・その他 )					

同意欄	<p>今後、指定介護老人福祉施設【特別養護老人ホーム】への入居者の状況を調査するため、氏名・生年月日・住所(居住)・入居時期について、県や保険者である市町村に報告することに同意します。</p> <p>平成 <b>27</b> 年 <b>4</b> 月 <b>15</b> 日</p> <p>氏名: <u>こまどり トメ</u></p> <p>代筆者名: <b>こまどり 太郎</b> (続柄 <b>長男</b> )</p>
-----	---

- 注1 入居のための待機中に、当施設以外の施設に入居が決定した場合、または要介護度や連絡先介護保険の状況等について変更がありました場合は、速やかにご連絡をお願い致します。
- 注2 必要に応じて申込後の状況について、施設から確認や連絡をすることがあります。
- 注3 入居希望時期については、入居決定に際して、なんら影響を与えるものではありませんので、ありのままご記入下さい。