

入居申込書

シニアレジデンス 福島キャッスル 御中

私は、以下のとおり入居を申込みいたします。

平成 年 月 日

申込者	フリガナ		続柄			
	氏名					
	住所 〒					
	電話番号		携帯電話			
入居予定者	フリガナ	性別	生年月日		歳	
	氏名	男・女	M・T・S 年 月 日			
	住所 〒				<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居	
	電話番号					
介護度	なし 申請中		要支援[1・2]		要介護[1・2・3・4・5]	
担当事業所	居宅支援事業所(または地域包括支援センター)			担当ケアマネジャー等		
現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 ご利用の介護サービス ()					
	<input type="checkbox"/> 施設 施設名			入所日		年 月 日
	<input type="checkbox"/> 病院 病院名			入院日		年 月 日
入居希望	平成 年 月 頃					
病気の状況	かかりつけ医					
	現在治療中の病気					
	過去にかかった病気					
身体状況	医療処置	インスリン・胃ろう・人工透析・在宅酸素・褥瘡・その他()				
	歩行	自立・手引き・手すり・杖・歩行器・車いす・寝たきり				
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		常食・刻み食・ミキサー		治療食 有・無
	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・人工肛門				
		自立・見守り・一部介助・全介助				
		オムツ類	なし・リハビリパンツ・オムツ・尿取りパット			
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助			個人浴・機械浴	
認知症状	有・無	「有」の場合の主な症状 物盗られ妄想・作話・幻視・幻聴・情緒不安定 徘徊・帰宅願望・暴言・暴行・不眠・異食 その他()				
家族構成	配偶者 有・無		兄弟姉妹 名		子供 名	

※ この申込みによって、入居を確約するものではありません。

2017.08.01