

受付者

## 入居申込書

介護付有料老人ホーム「縁」     
  住宅型有料老人ホーム「恵」

記入日 平成 年 月 日

入居希望者情報	ふりがな			生年月日		
	氏名			男・女	<input type="checkbox"/> 明治 ・ <input type="checkbox"/> 大正 ・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ( )	
	住所	〒 - ( ) - -		携帯	( ) - -	
	介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2	現在生活している場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( )		
		要介護 <input type="checkbox"/> 1 ・ <input type="checkbox"/> 2 ・ <input type="checkbox"/> 3 ・ <input type="checkbox"/> 4 ・ <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> 病院( ) <input type="checkbox"/> その他		
	保険者 (負担割合)	<input type="checkbox"/> 郡山市 <input type="checkbox"/> その他( )		介護保険の有効期間	年 月 ~ 年 月	
	被保険者番号			障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有    種類( ) 等級( )	
	健康保険証	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 ・ <input type="checkbox"/> 国民健康保険 ・ <input type="checkbox"/> その他( )				
担当居宅		担当ケアマネ		連絡先		
主治医	医療機関			電話番号		
	診療科目			病名		
	医師名			服薬状況		
心身状況	身体状況	障がい高齢者の自立度 : <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻 <input type="checkbox"/> その他 ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 特になし				
		<input type="checkbox"/> 定期受診 ( ) <input type="checkbox"/> 定期処置 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		<既往歴> :				
		<現病歴> :				
	<その他> :					
	認知症状	認知症高齢者の自立度 : <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
認知症の診断名 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ( 診断年月日 年 月 日頃 )						
認知症の症状 :						

身元引受人(続柄)	ふりがな		男・女	生年月日	
	氏名			<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 ( )	
	住所	〒		☎ ( ) - - 携帯 ( ) - -	
勤務先等	名称		☎ ( ) - -	所在地	

氏名	続柄	年齢	世帯別	住所	電話番号	優先順
			同・別			
			同・別			
			同・別			
			同・別			

介護付有料老人ホーム「緑」・住宅型有料老人ホーム「恵」 施設長

当ホームへの入居を申し込みます。

また、当ホームが入居判定に使用する目的で、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等から情報提供を受けることに同意します。

平成 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

署名代理人 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

紹介者氏名	続柄又は所属団体
-------	----------

※こちらには記入しないで下さい。

ホーム記入欄	面接予定日	平成 年 月 日	面接実施者	
	入居決定日	平成 年 月 日		
	備考			