

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				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	〒 - () - ()			☎	() - ()			
	介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5			現在生活している場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <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() <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 被災地減免			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「縁」・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		