

受付者

介護付有料老人ホーム「<sup>みやび</sup>雅」入居申込書

記入日 平成 年 月 日

入居希望者	ふりがな				男・女	生年月日					
	氏名						明治・大正・昭和	年	月	日 ( 歳)	
	住所	〒 - ☎ ( ) - -									
	要介護度	要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5			現在生活されている場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 (					
	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"/> 被災地減免			有効期間	H	年	月	~	年	月
	介護保険被保険者番号										
	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 ( )									

身元引受人 (続柄)	ふりがな				男・女	生年月日			
	氏名						明治・大正・昭和	年	月
	住所	〒 - ☎ ( ) - -							
	勤務先等	名称			☎ ( ) - -			所在地	

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

主治医	医療機関名		電話番号	
	診察科名		病名	
	医師名		服薬状況	
入居者希望者の状況	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <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"/> その他( ) < 既往歴、現在療養中の病気、特記事項 等 >		
		かかりつけ医	(病院名)	(医師名)
		<input type="checkbox"/> 内科		
		<input type="checkbox"/> 外科		
		<input type="checkbox"/> 整形外科		
		<input type="checkbox"/> 眼科		
	<input type="checkbox"/> その他			
認知症の症状	・ 認知症高齢者の日常生活自立度 ( I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M ) <input type="checkbox"/> 認知症状はない <input type="checkbox"/> 認知症状がある(具体的にご記入下さい) [ ]			

■紹介して下さった方

介護付有料老人ホーム「雅」 施設長

当ホームに入居申込みします。

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 \_\_\_\_\_

※ ここには記入されないで下さい。(ホーム記入欄)

ホーム記入欄	面談予定日	平成 年 月 日	面談実施者
	入居決定日	平成 年 月 日	