

入居申込書

| | |
|-----|-------|
| 申込日 | 年 月 日 |
|-----|-------|

下記のとおり、入居を申し込みます。

| | | |
|--------|-------------------------|----------|
| 入居希望時期 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | ・その他 () |
| 申込予定 | 貴施設のみ ・ 他にも申し込む 箇所 (予定) | |

| | | | | | | | | |
|-------------|------------------------------------|--|----------------------|-------------------|--------|------------------|------------------------|--------|
| 申込者 | ふりがな | | | | | | | |
| | ご住所 | 〒 | | | | | | |
| | ご氏名 | | | 入居者との ご関係 (続柄) | | | | |
| | 電話番号 | | | 携帯番号 | | | | |
| 入居者 | ふりがな | | | | | | | |
| | ご住所 | 〒 | | | | | | |
| | ご氏名 | | | 要介護度 | | | 生年月日 明 大 昭 年 月 日 | |
| | 住まいの状況 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 他介護施設等 <input type="checkbox"/> その他 () | | | | | | |
| | 既往歴 | 時期 | 病名 | 病院名 | 担当医 | 現況 | | |
| | | | | | | 完治・治療中・経過観察・ () | | |
| | | | | | | 完治・治療中・経過観察・ () | | |
| | | 入院歴 | 3か月以内 ・ 1年以内 ・ 3年以上前 | | 手術歴 | 年 | 服薬 | 有 ・ 無 |
| | 家族 | 続柄 | 年齢 | 同・別居 | 連絡可/不可 | 居住地 (町名・都府県等) | お名前 (任意) | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 食事 | 禁忌 | 食材 | 食品 | | アレルギー | | | |
| | 常食 ・ 一口大 ・ ()キザミ ・ ミキサー ・ 特別食 () | | | | | 介助 | 全・一部・無 | |
| 移動 | 全・一部・無 () | | 衣類着脱 | 全・一部・無 | 入浴 | 機械浴・全・一部・無 | 排泄 | 全・一部・無 |
| 担当介護支援専門員氏名 | | | | | | | | |
| 事業所名 | | | | | | | | |
| 連絡先電話番号 | | | | | | | | |
| ※備考 | | | | | ※受付 | | | |

・お預かりした個人情報、入居選考目的以外に使用いたしません。

※欄は記入しないでください。