

入居申込書

申込者	氏名	(フリガナ)	続柄	
	住所	〒	自宅	()
		-	携帯	()
			E-mail	@

本人	フリガナ		性別		大正・昭和	
	氏名		男・女	生年月日	年 月 日	
	住所	〒	-	電話番号	(自宅)	()
					(携帯)	()
	現在の情報	単身・高齢者世帯・家族と同居(続柄)				
	現在の住居	持家・賃貸・病院、施設、住宅(名称)				
	現在の主な収入 (月あたり)	<input type="checkbox"/> () 年金 () 円				
		<input type="checkbox"/> 給与又は報酬等 () 円				
		<input type="checkbox"/> その他の収入 () 円				
	医療保険区分	社会保険・国民健康保険・後期高齢者(1割・2割・3割)・生活保護				
	医療の状況	現在治療中の病名				
		既往歴				
		受診中の医療機関 および主治医	病院・医院	先生		
			病院・医院	先生		
	病院・医院		先生			
	内服薬名					
	アレルギーの有無	なし・あり(薬物名)(食物名)				
	身体障害者手帳	なし・あり(等級)(部位)				
	介護の状況	要介護認定	自立・要支援(1・2)・要介護(1・2・3・4・5)			
		居宅介護(介護予防)支援事業所名				
電話番号						
担当ケアマネージャー名						
現在利用している 介護サービス 利用中のサービスに “○”の記入とその利用頻度 をご回答ください。	訪問介護	週	回	福祉用具貸与	週 回	
	通所介護	週	回	短期入所療養(生活)介護	週 回	
	通所リハ	週	回		週 回	
	訪問リハ	週	回		週 回	
利用事業所名	サービスの種類	事業所名		電話番号		
	1			()		
	2			()		
	3			()		
	4			()		
医療・介護上の 特記事項 入居中、職員が注意を要する 事を詳細にご記入ください。						

本人	健康状態	□健康である □疾患はあるが落ち着いている □たまに悪い時もある □現在、治療中である				
	歩行状態	□自立歩行 □杖歩行 □車椅子移動 □その他()				
	入浴機能	□自立して行える □見守りが必要である □一部介助が必要である □全介助が必要である				
	物忘れ	□物忘れはない □最近起きた事を忘れていたことがある □忘れる事が多々ある				
	食事	□自立 □一部介助 □全介助	食事形態	□普通 □刻み □その他()		
	排泄	□自立 □一部介助 □全介助	おむつ等使用	□尿とりパッド □紙おむつ □その他()		
	金銭管理	□自立して行える □家族等の援助が必要である □行えない・行わない □その他()				
	買い物	□自立して行える □一部助けが必要である □行えない・行わない □その他()				
	調理	□自立して行える □一部助けが必要である □行えない・行わない □その他()				
	掃除	□自立して行える □一部助けが必要である □行えない・行わない □その他()				
	洗濯	□自立して行える □一部助けが必要である □行えない・行わない □その他()				
	服薬管理	□自立して行える □家族等の援助が必要である □行えない・行わない □その他()				
	アルコール	□摂取しない □時々摂取する □毎日摂取する	摂取量	週()日、ビール()本程度		
	喫煙	□喫煙しない □時々する □毎日する	喫煙量	1日()本程度		

入居希望					
------	--	--	--	--	--

入居(利用)に係る事項	入居希望時期	□申込みから2週間以内 □申込みから1月以内 □申込みから1月以上 □その他()				
	希望居室	第1希望	()階 ()号	第2希望	()階 ()号	
	利用の確認	入居以降、食事の提供サービスを受ける予定ですか？				□ はい □ いいえ
		入居以降、選択的生活支援サービスの利用予定はありますか？				□ はい □ いいえ
		入居以降、介護保険サービスを利用する予定はございますか？				□ はい □ いいえ
	家賃の支払い方法	(利用予定の介護保険サービス)	サービス		事業所名	
					事業所名	
		□ 本人の収入により全額支払い		□ 経済的援助者による一部支払い		
		□ 経済的援助者による全額支払い		□ その他()		
		(経済的援助者の情報)		□ 身元引受人 □ その他()		
その他の場合	氏名			続柄		
	住所			TEL	()	
	職業					
	勤務先			TEL	()	

連帯保証人	フリガナ			続柄		
	氏名			生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	
	自宅住所	〒 -	電話番号	自宅	()	
				携帯	()	
			E-mail		@	
	勤務先	〒 -	勤務先名			
電話番号			()			

《個人情報使用同意について》

この度、「サービス付き高齢者向け住宅 なでしこガーデン上熊本」(以下、「同住宅」という)の入居申込みに際し、記入した内容について同住宅職員が医療機関及び介護保険サービス事業所等への情報提供を依頼し、入手する事に同意します。

サービス付き高齢者向け住宅
なでしこガーデン上熊本 御中

平成 年 月 日

入居者(本人)氏名 _____ 印

連帯保証人氏名 _____ 印