

入居申込書

【入居希望について】

記入日：令和 年 月 日

オープン時 3ヶ月～半年 半年～1年 1年～2年 未定

【入居様について】

フリガナ 氏名	様	性別	男女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生	年齢	歳
住所	アパート・マンション名 ()		
電話	()		
介護保険	要支援1・2	要介護1・2・3・4・5・自立・申請中	
	被保険者番号	認定日	介護保険負担割合
		令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	認定有効期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日	
生活場所	自宅・病院()・施設()・その他()		

【家族様】

フリガナ 氏名	様	ご関係	備考
住所	アパート・マンション名 ()		
連絡先	① () ② () ※勤務先等 (会社名： 電話： () 内線： ()		
家族状況 他の連絡	氏名	続柄	住所
	様		電話 ()
	様		電話 ()
備考	様 ()		

【嗜好や趣味など】

趣味		日課・習慣	
煙草	<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う()本/日	アルコール	<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む(何をどの位)
定期購読・購入品		宗教	

【平均的な1日の過ごし方】

0時	3時	6時	8時	10時	12時	15時	18時	20時	22時	0時

【介護サービスの利用状況】

<input type="checkbox"/> 訪問看護()回/週	<input type="checkbox"/> 訪問介護()回/週	<input type="checkbox"/> デイケア・デイサービス()回/週
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴()回/週	<input type="checkbox"/> 訪問診療()回/週
<input type="checkbox"/> 福祉用具の利用()		
<input type="checkbox"/> その他()		

【医療の状況】

<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> カテーテル	<input type="checkbox"/> ストーマ	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> インスリン注射	<input type="checkbox"/> 透析
<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> その他()				

【お体について】

現在の体調や主な病気大きな怪我手術をされた事などを記入してください。	
------------------------------------	--

【現在、介護上、一番お困りなことは何ですか】

--

【要望や入居後どのような生活を送りたい・・・などをご記入ください】

--