

# 入居申込書(仮予約)

## <申込者>

|                         |                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| ふりがな                    |                                                                                                                                                                                                                                                                  | 対象者との続柄 |
| 氏名                      |                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
| 住所                      | 〒                                                                                                                                                                                                                                                                |         |
| 連絡先                     | 電話                                                                                                                                                                                                                                                               | 携帯電話    |
|                         | F A X                                                                                                                                                                                                                                                            |         |
| メールアドレス                 |                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |
| どこで当ホームをおし<br>りになりましたか？ | <input type="checkbox"/> 病院（                      病院） <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所（                      ）<br><input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 知人紹介 <input type="checkbox"/> その他（                      ） |         |

## <入居希望者>

|                                       |                                                                                                                                        |                  |                |  |
|---------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|--|
| ふりがな                                  |                                                                                                                                        | 性 別              | 生 年 月 日        |  |
| 氏名                                    |                                                                                                                                        | 男・女              | 年 月 日（      歳） |  |
| 住所                                    | 〒                                                                                                                                      |                  |                |  |
| 連絡先                                   | 固定電話                                                                                                                                   |                  | 携帯電話           |  |
| 生活保護の需給                               | 無 <input type="checkbox"/> 有 （                      ）福祉事務所   担当（                      ）                                                |                  |                |  |
| 現在入所<br>入院中の施設                        | （名称）<br>電話                                              担当ソーシャルワーカー                                                                    |                  |                |  |
| 介護申請                                  | <input type="checkbox"/> 申請済み（要介護/要支援                      ） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中（      月      日） |                  |                |  |
| 居宅介護支援事業所                             | 担当ケアマネージャー                                              連絡先                                                                            |                  |                |  |
| 医療行為の状況<br>※詳細は健康診断書<br>Or<br>診療情報提供書 | 治療中の病気                                                                                                                                 | 通院頻度             | 主治医/処方         |  |
|                                       |                                                                                                                                        |                  |                |  |
|                                       |                                                                                                                                        |                  |                |  |
|                                       |                                                                                                                                        |                  |                |  |
| 認知症                                   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有：アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他（                      ）                                 |                  |                |  |
| アレルギー                                 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有   （薬物                      ）（食物                      ）                           |                  |                |  |
| 歩行                                    | 自立   ・   一部介助   ・   全介助                                                                                                                | 補助用具             | 無・杖・シルバーカー・車椅子 |  |
| 起立                                    | 自立   ・   つかまり   ・   一部介助   ・   全介助                                                                                                     |                  |                |  |
| 食事                                    | 自立   ・   一部介助   ・   全介助                                                                                                                | 食事形態             | 普通・一口大・キザミ     |  |
| 排泄                                    | 自立   ・   一部介助   ・   全介助                                                                                                                | パット・リハビリパンツ・オムツ・ |                |  |

## <現在ご利用中のサービス>

|           |                                                                |
|-----------|----------------------------------------------------------------|
| 訪問介護      | <input type="checkbox"/> あり   事業所名及び内容（                      ） |
| 訪問看護      | <input type="checkbox"/> あり   事業所名及び内容（                      ） |
| デイサービス    | <input type="checkbox"/> あり   事業所名及び内容（                      ） |
| 居宅介護支援事業所 | <input type="checkbox"/> あり   事業所名及び内容（                      ） |
| リハビリ      | <input type="checkbox"/> あり   事業所名及び内容（                      ） |
| 実費サービス    | <input type="checkbox"/> あり   事業所名及び内容（                      ） |

F A X 番 号 0 4 - 2 9 4 1 - 5 0 8 7    お問合せ・ご相談 0 4 - 2 9 4 1 - 5 0 8 0