

受付者

### 入居申込書

介護付有料老人ホーム「縁」      住宅型有料老人ホーム「恵」

記入日 平成 年 月 日

入居希望者情報	ふりがな			男・女	生年月日		
	氏名				<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 ( )	
	住所	〒 - ( ) - ( )			携帯 ( ) - ( )		
	介護度	要支援 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5		現在生活している場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設( ) <input type="checkbox"/> 病院( ) <input type="checkbox"/> その他		
	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"/> 3割 <input type="checkbox"/> 被災地減免		介護保険の有効期間	年 月 ~ 年 月		
	被保険者番号			障がい者手帳	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 種類( ) 等級( )		
	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( )					
	担当居宅			担当ケアマネ			連絡先
主治医	医療機関			電話番号			
	診療科目			病名			
	医師名			服薬状況			
心身状況	身体状況	障がい高齢者の自立度： <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
		<input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 食道瘻 <input type="checkbox"/> その他 ) <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"/> 定期受診 ( ) <input type="checkbox"/> 定期処置 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
		<既往歴> :					
	<現病歴> :						
	<その他> :						
	認知症状	認知症高齢者の自立度： <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
認知症の診断名： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有 ( 診断年月日 年 月 日頃 )							
認知症の症状：							

身元引受人(続柄)	ふりがな		男・女	生年月日
	氏名			<input type="checkbox"/> 明治・ <input type="checkbox"/> 大正・ <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日( )
	住所	〒 ( ) - ( ) - ( ) 携帯 ( ) - ( ) - ( )		
	勤務先等	名称 ( ) - ( ) - ( ) 所在地		

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

介護付有料老人ホーム「縁」・住宅型有料老人ホーム「恵」 施設長

当ホームへの入居を申し込みます。

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 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 住所 \_\_\_\_\_

紹介者氏名		続柄又は所属団体	
-------	--	----------	--

※こちらには記入しないで下さい。

ホーム記入欄	面接予定日	平成 年 月 日	面接実施者	
	入居決定日	平成 年 月 日		
	備考			