

入居申込書

受付番号

申込日： H 年 月 日

No.1

フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
住所	〒 -	生年月日		
		<input type="checkbox"/> 大正	<input type="checkbox"/> 昭和	
電話番号	(自宅) - -	(携帯) - -	(歳)	

基本情報

現在の状況	<input type="checkbox"/> 単身	<input type="checkbox"/> 高齢者世帯	<input type="checkbox"/> 家族と同居	現在の住居	<input type="checkbox"/> 持家	<input type="checkbox"/> 賃貸	<input type="checkbox"/> 施設	
医療保険区分	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 原爆							
介護保険	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> あり			負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割			
担当ケアマネジャー	事業所名				担当名			
	連絡先	- -						
介護保険情報	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2	<input type="checkbox"/> 要介護(1 2 3 4 5)				
	被保険者番号		有効期限					
			平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日まで				
現在利用している在宅サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具							
	事業所名	-----			担当			
医療情報	かかりつけ医	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (医療機関名 主治医)						
	現在治療中の病気							
	既往歴	年				年		
		年				年		
		年				年		
年					年			
家族構成	氏名	続柄	電話番号	住所				

トランキルテひうら壱番館

生活状況	視力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えにくい(右 ・ 左)
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聴こえにくい(右 ・ 左)
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能 <input type="checkbox"/> 他 ()
	認知症	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 嚥下食 <input type="checkbox"/> 他 ()
	アルザ -	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 他 ()
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 他 ()
	掃除	<input type="checkbox"/> 行える	<input type="checkbox"/> 一部手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 行えない
	洗濯	<input type="checkbox"/> 行える	<input type="checkbox"/> 一部手伝いが必要 <input type="checkbox"/> 行えない
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 行える	<input type="checkbox"/> 家族の援助あり <input type="checkbox"/> 行えない
	糖尿病	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	インシュリン <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理	<input type="checkbox"/> 家族等が行っている <input type="checkbox"/> 行えない
	アルコール	<input type="checkbox"/> 毎日飲む	<input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> 飲まない
	喫煙	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし

入居申込理由	入居希望日	H 年 月 日 より希望

確認事項	住宅の食事サービスをご利用されますか？	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	服薬管理を希望されますか？	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	身体的な介護の支援を必要とされますか？	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	掃除などの生活支援を必要とされますか？	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない

連帯保証人	連帯保証人・緊急連絡先の設定		<input type="checkbox"/> 可能	<input type="checkbox"/> 不可能
	フリガナ 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	住所	〒 -	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	

備考	<p>・本申込書は、入居契約書ではありませんので、本書にて入居が確定するものではありません。</p> <p>・入居申込書に記載頂いた個人情報につきましては、正当な理由無く第三者に漏らすことはありません。</p>
----	---

※この申込書が事実と相違したり、不適合と判断された場合には、申込書の取り消しがあっても異議の無いことを誓約し、取り消し理由の説明は、必要ないことをあわせて誓約いたします。

平成 年 月 日 申込人 氏名

ご質問やご不明点などございましたら、お気軽にご連絡ください。
 医療法人 外海弘仁会 トランキルテひうら壱番館
 Tel 0959-37-6666 FAX 0959-25-1808