

入居申し込み書

仁井田福祉センターサービス付き高齢者向け住宅様

電話 018-829-5893(直通) FAX 018-829-3117

※連絡先のご記入は3番目までお願い致します。

令和 年 月 日

入居希望者氏名		男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生(歳)
現住所	電話番号 ー ー 携帯番号 ー ー		
要介護度	要介護()・要支援()・未済	かかりつけ医療機関	
介護保険負担割合	1割 2割 3割	主治医	
既往歴		居宅介護支援事業所	
		電話番号	
		ケアマネージャー	
現病		年金の種類・金額	年金(1ヵ月 万円)
		身長・体重	cm kg
感染症	有()・無	認知症の有無	有(程度: 軽・中・重) 無
アレルギー	有()・無	生活状況	☐ 幻覚 ☐ 幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ その他()
連絡先氏名①	続柄()		
住所	〒		
電話番号		移動	独歩 杖使用 車椅子使用
携帯電話		食事	自立 見守り 一部介助 全介助
連絡先氏名②	続柄()	入浴	自立 見守り 一部介助 全介助
住所	〒	着脱	自立 見守り 一部介助 全介助
電話番号		服薬管理	可 不可
携帯電話		金銭管理	可 不可
連絡先氏名③	続柄()	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助
住所	〒	排便	自立 見守り 一部介助 全介助
電話番号		希望居室タイプ	一人部屋 ・ 二人部屋
携帯電話		入居希望日	
特記事項			