

サービス付き高齢者向け住宅 陽だまり 入居申込書

受付番号	NO.
受付日	令和 年 月 日
担当者	

申込者記入	申込み日	令和 年 月 日			住所	〒 —			
	フリガナ					連絡先	自宅		
	氏名				携帯				
	性別	男 ・ 女	続柄						

【基本情報】

入居予定者・本人の状況	フリガナ				性別				生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)			
	氏名				連絡先	自宅				携帯			
	住所	〒 —			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			
	現在の収入	国民年金 厚生年金 共済年金			恩給 遺族年金 給与 その他								
	要介護度	自立	申請中	要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5							
	保険者				認定有効期限	令和 年 月 日 から							
	被保険者番号					令和 年 月 日 まで							
	居宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 利用していない ・ <input type="checkbox"/> 利用している (利用している方は、お答えください)											
		<input type="checkbox"/> ホームヘルパー 回/週			<input type="checkbox"/> デイサービス 回/週			<input type="checkbox"/> ショートステイ 回/月					
		<input type="checkbox"/> 訪問看護 回/月			<input type="checkbox"/> 福祉用具			<input type="checkbox"/> その他					
	居宅介護支援事業所				介護支援専門員氏名								
	かかりつけ医	無 ・ 有		医療機関名						担当医			
	主な疾患名と既往歴	現病											
		既往歴											
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 糖尿病(食事療法・インスリン療法) <input type="checkbox"/> たん吸引 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 心臓ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素											
医療上の特記事項													
入所申込み理由													
入居希望部屋	第一希望	タイプ		第二希望	タイプ		喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 本)					
家賃の支払い	<input type="checkbox"/> 本人負担		<input type="checkbox"/> 一部縁者負担		経費負担者	氏名 (続柄)							
	<input type="checkbox"/> 全額縁者負担					住所							
確認事項	入居後に小規模多機能型居宅介護を利用しますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								
	入居後に外部の居宅介護サービスを利用しますか				<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ								