

入居申込書



受付日 年 月 日

申込者

※太枠内すべてご記入ください

施設名

フリガナ				
氏名	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	対象者 との 続柄	
住所	〒 -			
電話番号	- -		携帯番号	- -
紹介先等	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 (担当) <input type="checkbox"/> 医療機関・紹介業者等 (担当) <input type="checkbox"/> 知人・近所の紹介 <input type="checkbox"/> ホームページ等ネット検索 <input type="checkbox"/> チラシ広告等 <input type="checkbox"/> その他()			

入居対象者

フリガナ					性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年齢	歳
氏名							年 月 日	年 月 日		
住所	〒 -									
要介護区分	<input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請									
居宅介護 支援事業所	<事業所名>				<担当CM>					
かかりつけ 医	<医療機関名>				<担当医>					
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()				身元引受人	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他()				
現在の 生活拠点	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院中(病院) <input type="checkbox"/> 施設入所中(施設) <input type="checkbox"/> その他()									
健康状態	<input type="checkbox"/> 病歴・認知症状・ADL等									

入居希望状況

入居希望時期	<input type="checkbox"/> 即日 <input type="checkbox"/> 2週間以内 <input type="checkbox"/> 1カ月以内 <input type="checkbox"/> 3カ月以上				希望居室	階	号室
--------	--	--	--	--	------	---	----

他申込状況

他施設 申込状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申込予定 【申込み施設】(予定含む) <input type="checkbox"/> 申込済み <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム						
-------------	--	--	--	--	--	--	--

【施設記入欄】 ※申込受付時に必ず記入してください

■診療情報依頼	<input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 → 年 月 日頃確認予定	受付者	
■本人面談依頼	<input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 → 年 月 日 時~面談予定		
■入居日設定(予定)	<input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 → 年 月 日 午前・午後 入居予定		