入居申込書

シニアレジデンス　福島キャッスル　御中

令和　　年　　月　　日

私は、以下のとおり入居を申込みいたします。

申込者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名　　㊞	続柄	
	住所　〒 電話番号　－　－　携帯電話　－　－		

入居予定者	ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	性別 男・女	生年月日 M・T・S　年　月　日	歳
	住所　〒 電話番号　－　－			□家族同居 □独居
介護度	なし　申請中　　要支援［ 1 ・ 2 ］　　要介護［ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ］			
担当事業所	居宅支援事業所（または地域包括支援センター）		担当ケアマネジャー等	
現在の居所	□自宅 ご利用の介護サービス（　　） □施設　施設名　　入所日　年　月　日 □病院　病院名　　入院日　年　月　日			
入居希望	令和　　年　　月頃			
病気の状況	かかりつけ医			
	現在治療中の病気			
	過去にかかった病気			
身体の状況	医療処置	インスリン・胃ろう・人工透析・在宅酸素・褥瘡・その他（　　）		
	歩行	自立 ・ 手引き ・ 手すり ・ 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす ・ 寝たきり		
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	常食・刻み食・ミキサー	治療食　有・無
	排泄	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・人工肛門		
		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
		オムツ類	なし ・ リハビリパンツ ・ オムツ ・ 尿取りﾊﾟｯﾄ	
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		個人浴 ・ 機械浴
	認知症状	有・無	「有」の場合の主な症状 物盗られ妄想 ・ 作話 ・ 幻視 ・ 幻聴 ・ 情緒不安定 徘徊 ・ 帰宅願望 ・ 暴言 ・ 暴行 ・ 不眠 ・ 異食 その他（　　）	
家族構成	配偶者　有 ・ 無	兄弟姉妹　　名	子供　　名	

※この申込みによって、入居を確約するものではありません。

令和8年4月1日