

入居申込書

シニアレジデンス 福島キャッスル 御中

私は、以下のとおり入居を申込みいたします。 令和 年 月 日

申込者	フリガナ 氏名	続柄	
	住所 〒		
	電話番号 - -	携帯電話	- -

入居予定者	フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 M・T・S 年 月 日	歳
	住所 〒	電話番号 - -		<input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅 ご利用の介護サービス（ ）	
	<input type="checkbox"/> 施設 施設名	入所日 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 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 ・ 尿取りパット		
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。

令和元年5月1日