

サービス付き高齢者向け住宅 『いと楽し』 入居申込書

申込年月日	平成 年 月 日	希望居室	タイプ (号室)	受付番号	
フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)	性別
氏名					<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	(〒 -)		電話番号	<input type="checkbox"/> 【自宅】 <input type="checkbox"/> 【携帯】	
家族の状況	氏名	続柄	住所	電話番号	
世帯状況	<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"/> マンション <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 施設	
収入	<input type="checkbox"/> 国民年金(円/月) <input type="checkbox"/> 厚生年金(円/月) <input type="checkbox"/> 共済年金(円/月)		<input type="checkbox"/> 遺族年金(円/月) <input type="checkbox"/> その他収入(円/月)		
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中(更新・変更) <input type="checkbox"/> 済		被保険者番号		
要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
有効期間	平成 年 月 日 ~		平成 年 月 日	負担割合	1割・2割
担当ケアマネ			居宅介護支援事業所		
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input type="checkbox"/> 短期療養(回/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> その他()				
主治医			医療機関名		
疾患名			既往歴		
内服薬	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし		アレルギー	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし	
備考					

【入居を希望する理由】

入居希望年月日：平成 年 月 日より希望

--

歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴場所	<input type="checkbox"/> 自宅(訪問介護利用含む) <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> その他()
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 療養食
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
物忘れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 最近起きたことを忘れることがある <input type="checkbox"/> 頻繁に忘れる		
買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できる能力はあるが行っていない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()		
調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できる能力はあるが行っていない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()		
掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できる能力はあるが行っていない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()		
洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できる能力はあるが行っていない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()		
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できる能力はあるが行っていない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()		
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> できる能力はあるが行っていない <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> その他()		
アルコール	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない		
喫煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する(本/日)		
家賃等の支払い	<input type="checkbox"/> 本人負担 <input type="checkbox"/> 一部縁者負担 <input type="checkbox"/> 全額縁者負担 ⇒本人負担以外の方 経費負担者 : (続柄)		

【連帯保証人】

フリガナ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日(歳)	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	(〒 -)	電話番号	【自宅】 【携帯】		
住所					

同意書

サービス付き高齢者向け住宅『いと楽し』入居申込に当たり、貴事業所が認める場合は担当の介護支援専門員、主治医、介護保険サービス担当者から、入居申込者に関する情報を、貴事業所の担当者が受けることに同意いたします。

平成 年 月 日

本人 住所 _____
氏名 _____ 印

代理人 住所 _____
氏名 _____ 印