

# サービス付き高齢者向け住宅 シニアマンション造賀入居申込書

申込年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

申込者	住所	〒	
	氏名	印	入居予定者との続柄 【 】
	連絡先	自宅電話： 携帯番号：	

◎入居予定者の状況等				
フリガナ		性別	介護保険/保険者	
氏名	印	男・女	要介護度	自立・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)
生年月日	明大昭	年	月	日
現住所	〒		被保険者番号	
状況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入っている 施設種別/施設名・病院名【 】 入所又は入院時期 H・R 年 月頃から			
入居希望の理由 (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 居住できる住居がないため <input type="checkbox"/> 介護者が就労/高齢/障害/病気等により十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 介護者の身体的、精神的負担が大きく、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 居住、衛生環境の事情により、十分な介護ができないため <input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所、退院を迫られているが、在宅での介護ができないため <input type="checkbox"/> その他【 】			
かかりつけ医	医療機関名【 】 担当医名【 】			
医療の状況	現在治療中の病名【 】			
担当ケアマネジャー	事業所名【 】 担当者名【 】 <input type="checkbox"/> いない			
認知症	<input type="checkbox"/> 全く認知症を有しない <input type="checkbox"/> 認知症を有する/認知症の具体的症状や行動 【 】			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行【自力 杖 歩行器】 <input type="checkbox"/> 車椅子【自走 介助】			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事内容【 】			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 【トイレ Pトイレ オムツ】			
着替え	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 入浴形態【一般浴 機械浴】			
飲酒喫煙	飲酒【する しない】 喫煙【する しない】 その他【 】			
家族の状況				
家族構成	<input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他【 】			
主介護者	氏名【 】 【 歳】 【 続柄】 【同居 別居】			
特記事項				

注:この入居申込みにより、入居が確約されるものではありません。