

ゆい もり  
戸塚共立 結の杜 下倉田 入居申込書

株式会社 横浜メディカルケア 御中

令和 年 月 日

申込者 (身元引受人①)	フリガナ		入居者との続柄			
	氏名					
	現住所	〒 -				
	連絡先	(自宅)		(携帯)		
	メールアドレス					
	どこで当施設をお知りになりましたか？ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 当社ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト( ) <input type="checkbox"/> その他( )					
入居者 (ご本人)様の 状況	フリガナ		性別	生年月日		
	氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日( 歳)	
	現住所	〒 -				
	現在の状況 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 夫婦2人暮らし <input type="checkbox"/> 家族と同居(続柄 ) <input type="checkbox"/> 施設や病院に入っている( )					
	介護保険 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 1・2 <input type="checkbox"/> 要介護 1・2・3・4・5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更中					
	現在利用している在宅サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他( )					
	担当ケアマネジャー 事業所名: 連絡先:					
	かかりつけ医 医療機関名: 連絡先: 主治医:					
	食事	自立・一部介助・全介助・主食( )副食( )水分とろみ(有・				
	排泄	自立・一部介助・全介助 ( リハパン・パット・オムツ )				
	入浴	自立・一部介助・全介助 ( 回/週 )				
	歩行	自立・一部介助・全介助・寝たきり(杖・歩行器・車椅子 )				
	喫煙	有・無		飲酒	有・無	
	掃除	自立・一部介助・全介助				
	洗濯	自立・一部介助・全介助				
金銭管理	自己管理で行える・家族の援助にて行える・行えない					
服薬管理	自己管理で行える・家族の援助にて行える・行えない					
既往歴						

	入居希望日	平成 年 月 日 時頃 (朝・昼・おやつ・夕)食から		
	部屋番号	第一希望 号室	第二希望 号室	第三希望 号室
	食事サービス	食事サービスを希望する ・ 希望しない		
入居について	入居申込理由			
	<input type="checkbox"/> 介護する者がいないため			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が「高齢」、「障害」、「疾病」等により十分な介護が困難なため			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が就労している(昼間独居となり十分な介護が困難なため)			
	<input type="checkbox"/> 介護する者の身体的・精神的負担が大きく十分な介護ができないため			
	<input type="checkbox"/> 介護する者が遠方に居住している事により十分な介護ができないため			
	<input type="checkbox"/> 居住環境の事情により、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を求められているが自宅での介護が困難なため				
<input type="checkbox"/> その他( )				
家賃等の支払	<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: <input type="checkbox"/> 申込者(身元引受人) <input type="checkbox"/> その他			
	※本人または申込者(身元引受人)以外の場合はご記入ください			
	フリガナ			入居者との続柄
	氏名			
	現住所	〒 -		
	連絡先	(自宅)	(携帯)	
職業	(勤務先)	(勤務先電話番号)		
身元引受人(②)	フリガナ		性別	生年月日
	氏名	(続柄)	男・女	大・昭・平 年 月 日(歳)
	現住所	〒 -		
	連絡先	(自宅)	(携帯)	
	勤務先	(住所)	(電話番号)	

【入居申込み情報同意について】

戸塚共立 結の杜 下倉田の入居申し込みにあたり、入居審査のために必要な心身状況・ケアサービス内容等を医療機関及び関係介護保険事業者等に当事業者が情報提供を求めることに同意いたします。

入居希望者氏名 \_\_\_\_\_

身元引受人氏名 \_\_\_\_\_

受付日		
年	月	日