

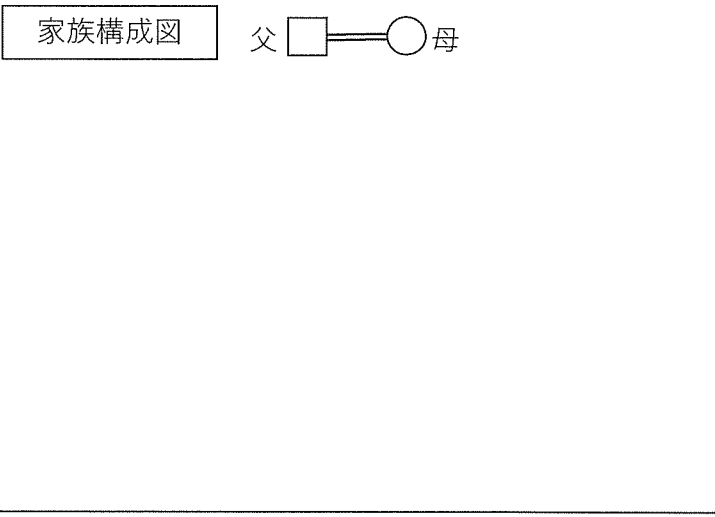
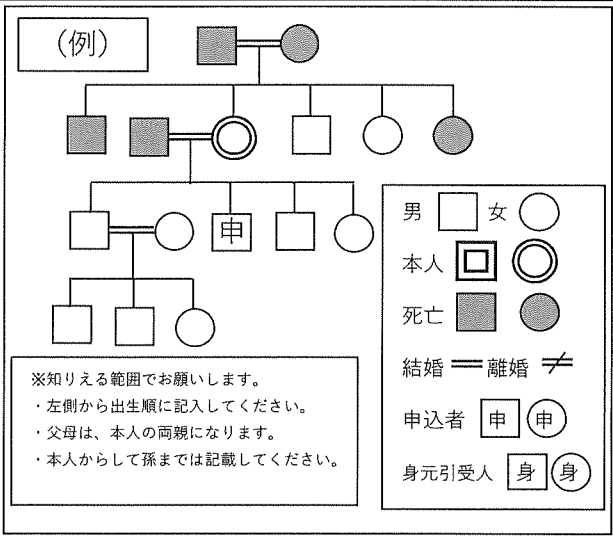
介護付有料老人ホームウエルリブじんざん 入居申込書

申込日 年 月 日

入居希望者	ふりがな	性別	生年月日	大正・昭和	年	月	日 (満 歳)
	氏名	男 女	住所	(〒 -)	【電話番号】 () -		
申込者	ふりがな	性別	入居希望者との関係	(〒 -)			
	氏名	男 女	住所	【電話番号】 () -			
入居希望者の状況	介護保険	自立 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	保険者	市・町・村			
	認定期間	平成・令和 年 月 ~ 令和 年 月	被保険者番号				
	医療保険	国保・後期高齢・その他	収入	国民・厚生・遺族・共済・その他	障がい手帳等	有・無	
	現在の生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設・病院に入所・入院中(下記へ記入) 【施設・病院名】 【入所または入院期間】 年 月 日 ~					
	在宅サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル (用品名) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 担当介護支援専門員 <input type="checkbox"/> いる【氏名】 【事業所名】 <input type="checkbox"/> いない					
	入居後、現在利用している介護保険サービス事業所	<input type="checkbox"/> 継続して利用したい <input type="checkbox"/> 変更しても構わない					
身体・認知・生活・健康の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	視力	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 眼鏡等使用 <input type="checkbox"/> 見えない			
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	聴力	<input type="checkbox"/> 問題ない <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 聞こえない			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	意思の疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない			
	歩行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	物事の理解力	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> 契約など難しいことは困難 <input type="checkbox"/> できない			
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	家事や外出、	<input type="checkbox"/> 自立している <input type="checkbox"/> 声掛けなどが必要 <input type="checkbox"/> できない			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	金銭管理	<input type="checkbox"/> 部分的に困難 (困難部分)			
	現在治療中の病気 (高血圧や脳疾患関係など予防的に内服でコントロールしているものも含む)						
	過去の病気 (骨折や手術、完治している過去の疾患など) 特別な医療処置 (点滴、ストーマ、酸素療法など)						
	現在受診 (往診) している医療機関と診療科をすべて記入してください						
		医療機関名	診療科名	医師名	通院・往診	備考 (通院ペースなど)	
入居について	希望居室	<input type="checkbox"/> 35,200円(1階北A-1タイプ) <input type="checkbox"/> 36,300円(2階北A-2タイプ) <input type="checkbox"/> 47,300円(2階南Eタイプ) <input type="checkbox"/> 47,300円(1階南S-1タイプ) <input type="checkbox"/> 48,400円(2階北S-2タイプ) <input type="checkbox"/> 50,600円(2階南S-3タイプ) <input type="checkbox"/> 72,600円(2階北Wタイプ夫婦部屋) <input type="checkbox"/> 空いているところでよい					
	入居希望者の意向	<input type="checkbox"/> 入居を希望している (<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月までに入居したい) <input type="checkbox"/> 迷っている <input type="checkbox"/> 拒否している <input type="checkbox"/> 知らせていない <input type="checkbox"/> 入居の希望確認ができない					

※裏面のご記入もお願いします

家族構成図



仕事歴 (専業主婦や会社員、農業、自営業の手伝いなど、どのような仕事でいつ頃までされていたか記入して下さい。)

性 心 格 情 (性格や人生経験から大切にしている気持ちや考えを記入して下さい。)

日 趣 味 (日課や生きがいとなっている趣味など記入して下さい。)

社 会 関 わ り (家族や親族付き合い、地域のボランティア活動への参加など記入して下さい。)

困 っ て い る 事 (調理ができない、1人で不安など生活で困っていることや入居に関して迷っていることなどを記入してください。)

生 活 の 意 向 (こんな生活をしたいという希望、こうしてもらえれば生活しやすいという要望、注意してもらいたいなどを記入して下さい。)

本人		家族	
----	--	----	--

身元引受人	ふりがな	性別	入居希望者との関係		
	氏名	男 女	生年月日	昭和・平成	年 月 日 (満 歳)
連絡先	【自宅】 ()	-	【携帯】	-	-
	【勤務先名】		【勤務先番号】 ()	-	

個人情報取得・提供の同意

入居判定及びサービス提供のため必要な範囲において、入居希望者及びその家族等に関する情報を市町村、居宅介護支援事業所、医療機関及びその他関係機関から、施設が取得し利用することに同意します。

令和 年 月 日 入居希望者 (印)

(代筆)代筆者名 (印) 続柄