

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 平成 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		被保険者番号	
現住所	〒		認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで
状 況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <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 平成 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 <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 <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 <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 <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 <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【 】 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: 今回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。