

有料老人ホーム三城 入居申込書

申込書記入日

令和 年 月 日

申込書受付日付

| | | | | | |
|-------------|-------|-----|----|--|------------------|
| 申 込 書 | 氏 名 | 印 | 続柄 | | |
| | 住 所 | 〒 - | | | |
| | 連絡先 1 | | | | 自宅・携帯・職場・その他 () |
| | 連絡先 2 | | | | 自宅・携帯・職場・その他 () |

有料老人ホーム三城に入居したいので下記のとおり申し込みます。

| | | | |
|---|---|-----|-------------|
| フリガナ | | 性 別 | 生 年 月 日 |
| 氏名 | 印 | 男・女 | 明・大・昭 年 月 日 |
| 要介護度 | <input type="checkbox"/> 自立 <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 | | |
| 認定期間 | 平成・令和 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| 現住所 | 〒 - | | |
| 現 況 | <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 他の施設に入所又は入院中 施設名又は病院名：_____ 病院・特養・老健・その他 () 入所又は入院期間：平成・令和 年 月から | | |
| 入居を希望する理由 <small>(該当するものを全て選んで下さい)</small> | <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は困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が就労していることから、昼間独居となり常時の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困難なため <input type="checkbox"/> 介護する者が遠方で距離的に負担が大きく十分な介護が困難なため <input type="checkbox"/> 居住環境の事情により十分は介護が困難なため <input type="checkbox"/> 施設や病院とう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 () | | |
| 入所希望時期 | <input type="checkbox"/> 決まればすぐに入居したい <input type="checkbox"/> その時の状況で決めたい <input type="checkbox"/> 急がない | | |
| 医療状況 | かかりつけ医療機関 | | 主治医 |
| | 治療中の病気： | | |
| | 既 往 歴： | | |
| | <input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻・胃) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 特記事項 | | | |
| 居宅介護支援事業所 | | | 担当ケアマネ |
| 利用サービス | <input type="checkbox"/> 訪問介護 回/日 回/週 <input type="checkbox"/> デイサービス 回/週 <input type="checkbox"/> ショートステイ 日/月 <input type="checkbox"/> その他 () | | |