

**サービス付き高齢者向け住宅「南聖園」  
入居申込書**

受付日 平成 年 月 日

						受付番号	
フリガナ		性別	男・女	生年月日	T S		
氏名					年 月 日( 歳)		
現住所	〒 -			電話番号	(自宅)		
本籍地	〒 -				(携帯)		

**【 基本情報 】**

現在の状況	単身・高齢者世帯・家族と同居(続柄 )	現在の住居	持家・賃貸・施設
現在の収入	国民年金( 円) 厚生年金( 円) 共済年金( 円)		
	遺族年金( 円) 恩給( 円) その他( 円)		
医療保険区分	社会保険・国民健康保険・後期高齢者(1割・3割)・生活保護(福祉事務所名 担当 )		
かかりつけ医	なし・あり(医療機関名 担当医名 )		
主な疾患名と既往歴	疾患名:		
	既往歴:		
内服薬	なし・あり(薬剤名 )		
アレルギー	なし・あり(薬物 ) (食物 )		
身障手帳	なし・あり(部位 )		
要介護申請	なし・あり(居宅介護支援事業所 担当 )		
要介護度	自立・要支援1・要支援2・要介護( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 )		
現在利用している在宅サービス	<input type="checkbox"/> ホームヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> その他( )		
	事業所名( ) 担当者名( ) ( ) ( )		
家族構成			職歴
生活歴			

**【 入居を希望する理由 】**

入居希望年月日: 平成 年 月 日より希望

--

健康状態	<input type="checkbox"/> 健康である <input type="checkbox"/> 疾患は落ち着いている <input type="checkbox"/> たまに悪い場合がある <input type="checkbox"/> 現在通院中である( )			
身体状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 身体に痛みがある <input type="checkbox"/> 病気がちである			
歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 <input type="checkbox"/> その他( )			
入浴機能	<input type="checkbox"/> 自立して行える <input type="checkbox"/> 見守りで行える <input type="checkbox"/> 一部介助で行える <input type="checkbox"/> 一人では行えない(全介助等)			
物忘れ	<input type="checkbox"/> 物忘れはない <input type="checkbox"/> 最近起きたことを忘れることがある <input type="checkbox"/> 忘れることが多い			
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他( )	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄形態	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 簡易トイレ <input type="checkbox"/> その他( )	
買い物	<input type="checkbox"/> 自立して行える <input type="checkbox"/> 見守りで行える <input type="checkbox"/> 軽介助が必要 <input type="checkbox"/> その他( )			
調 理	<input type="checkbox"/> 自立して行える <input type="checkbox"/> 軽介助にて行える <input type="checkbox"/> ほとんど行わない <input type="checkbox"/> 行えない			
掃 除	<input type="checkbox"/> 自立して行える <input type="checkbox"/> ある程度行える <input type="checkbox"/> あまり行えない <input type="checkbox"/> 行えない			
洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立して行える <input type="checkbox"/> ある程度行える <input type="checkbox"/> あまり行えない <input type="checkbox"/> 行えない			
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立して行える <input type="checkbox"/> 家族の援助にて行える <input type="checkbox"/> 行えない			
服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理で行える <input type="checkbox"/> 家族の援助で行える <input type="checkbox"/> 行えない			
アルコール	<input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 時々飲む <input type="checkbox"/> ほとんど飲まない <input type="checkbox"/> 飲まない			
喫 煙	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (1日 本)			
嗜 好	好きなもの ( ) その他 ( )			
確認事項	入居後に食事の提供サービスを受けますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	入居後に選択サービスを使う予定はありますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
	入居後に外部の在宅支援サービス(ホームヘルパー他)を使いますか？	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
家賃等の支払い	<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"/> 身元保証人 <input type="checkbox"/> その他( )			
	その他の場合	氏 名	(続柄 )	
		住 所	TEL	
		職 業		
勤務先		TEL		

【 連 帯 保 証 人 】

フリガナ		性別	男・女	生年月日	T S
氏 名	(続柄 )				年 月 日( 歳)
現住所	〒 -			電話番号	(自宅)
勤務先	〒 -				(携帯)
					(勤務先)

入居申し込み情報同意について

この度の入居申し込みにあたり、当該住宅の指針の説明等を受けると共に、この申し込みの情報について、医療機関及び関係介護保険事業者への情報提供に同意します。

サービス付き高齢者向け住宅「南聖園」

平成 年 月 日

管理者 殿

入居希望者氏名

印

身元保証人氏名

印 続柄( )