



《入居申込書》

令和 年 月 日

介護付有料老人ホーム
ケアポートふせん 殿

ご紹介者 _____

| | | | | | | | |
|--------------------|---------------------------------|-------------|---------------|-----------------|-------------|---------|-------|
| フリガナ | | 性別 | | 明治 | 大正 | 昭和 | |
| 氏名 | | 男・女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 (歳) | |
| 現住所 | 〒 | | | | | 電話番号 | |
| | | | | | | | |
| 介護度 | 要支援1 要支援2 | 介護1・2・3・4・5 | | 担当 ケア アマネ | | | |
| 入居希望時期 | すぐ | 月 | 日頃 | 入居に対して本人の同意 | | 有 無 | |
| 収入 | 年金等 | 万円/月 | その他 | 万円/月 | | | |
| お住い | 独居 or 同居家族あり | | その他施設や医療機関() | | | | |
| お身体 の 状 況 | 持病 | なし・有り(病名:) | | 通院 | なし・有り(頻度:) | | |
| | 病院名: | 住所 | | | | | |
| | 主治医: | 電話番号 () - | | | | | |
| | 車椅子 | ペースメーカー | オムツ使用 | | 飲酒 | | |
| | 歩行器 | 透析 | デイサービス利用状況 | | たばこ | | |
| 杖 | インシュリン注射 | リハビリ | | 性格 | | | |
| 寝たきり | 食事形態 | 金銭管理 | | 終末期 | | | |
| 連絡先 | ※入居希望者以外のキーパーソンとなる方のご記入をお願いします。 | | | | | | |
| | フリガナ 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | | |
| | 住所 | | 自宅電話 | | 携帯電話 | | |
| 勤務先 | 会社名 | | 住所 | | | | |
| | 電話 | | | | | | |
| 家族 の 状 況 | 氏名 | 続柄 | 住所・電話番号 | | | 年齢 | 住まい |
| | | | 住所 | 〒 | | | 同居・別居 |
| | | | TEL | | | | |
| | | | 住所 | 〒 | | | 同居・別居 |
| | | TEL | | | | | |

※ 本申込書に虚偽の記載があった場合には、申し込みを無効とされても異議を申立てしません。