

# 入居申込書

受付日: 年 月 日  
 受付者( )

サービス付高齢者向け住宅 京都保健会 咲あん上京 記入日: 年 月 日  
 記入者:

入居 予定者	フリガナ		男・女	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 (満 歳)	
	氏名					
	現住所	〒 -		電話番号	(自宅) (携帯)	
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他( )		現在の居場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院( 病院) <input type="checkbox"/> その他( )	
	住まいの状況	<input type="checkbox"/> 持家・マンション <input type="checkbox"/> 賃貸				
	経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他				
	介護保険情報	被保険者番号:		要介護認定:		
		有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日				
	居宅介護支援事業者	担当ケアマネジャー:				
		TEL		FAX		
医療保険区分	<input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者(1割・3割) <input type="checkbox"/> 生活保護					
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 ( 種 級/障害名: ) <input type="checkbox"/> 無					
かかりつけ医	医療機関名:		担当医:			
家族 構成	氏名 (連絡順)	続柄	年齢	居住地	同・別居	連絡先
	( )			(市・区)		自宅: 携帯:
	( )			(市・区)		自宅: 携帯:
	( )			(市・区)		自宅: 携帯:
家族構成			利用しているサービス			
			デイサービス/デイケア( 回/週) 訪問介護( /週) 訪問看護( /週) ショートステイ( 日/月) 訪問リハ( /週) 福祉用具貸与( ) その他			
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性/同居者を困ってください						
日常 生活 動作 / 身体 状況	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"/> 現在治療中である				
	歩行状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす移動 <input type="checkbox"/> その他( )				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助( <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問入浴)				
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	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"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事形態	主食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )				
		副食: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 一口カット <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他( )				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助でトイレへ <input type="checkbox"/> 夜だけポータブル <input type="checkbox"/> いつもポータブル				
		<input type="checkbox"/> 夜だけオムツ <input type="checkbox"/> 一日中オムツ <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 念のためオムツ <input type="checkbox"/> その他				
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族の援助で行える <input type="checkbox"/> 行えない				
	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 家族の援助で行える <input type="checkbox"/> 行えない				
	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( )				
	感染症	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明				
アレルギー	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
麻痺	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明					
日常生活 自立度	寝たきり度: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 認知症: <input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					

## 入居申込書

申込者	フリガナ			入居者との関係	
	氏名				
	住所	(〒 )			
	電話番号		携帯番号		

身元引受人①	フリガナ			性別	男性 ・ 女性
	氏名				
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成      年   月   日		年齢	歳
	住所	(〒 )		続柄	
	電話番号		携帯番号		
	メールアドレス		FAX		
	勤務先	名称			部署
住所				電話	

身元引受人②	フリガナ			性別	男性 ・ 女性
	氏名				
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成      年   月   日		年齢	歳
	住所	(〒 )		続柄	
	電話番号		携帯番号		
	メールアドレス		FAX		
	勤務先	名称			部署
住所				電話	

※お預かりした個人情報、正当な理由なく第三者に漏らすことはありません。

※お申し込み後に、状況の変化(連絡先の変更、入院、転居等)があった場合は、必ずお知らせください。

※今回の入居申込により、入居が確約されるものではありません。