

申込日 年 月 日

住宅型有料老人ホーム アーバンリビング鳥屋野

入居申込書

住宅型有料老人ホーム アーバンリビング鳥屋野
施設長様

住宅型有料老人ホームアーバンリビング鳥屋野に入居したく、下記の通り申し込みます。

| | | | | | |
|--------------------------|--|----|--------|------|-------|
| フリガナ 申込者氏名 (入居希望者) | | | | 性別 | 男 ・ 女 |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和 | 年 | 月 | 日生まれ | (歳) |
| 要介護認定 | 要支援1 ・ 要支援2 ・ 要介護1 ・ 要介護2 ・ 要介護3 ・ 要介護4 ・ 要介護5 | | | | |
| 現住所 | 〒 | | | | |
| 電話番号 | | | | | |
| 入居希望日 | 年 月 日頃を希望します。 | | | | |
| ご家族氏名 (緊急連絡先) | 続柄 | 年齢 | 現住所 | | 同居・別居 |
| | | | (電話番号) | | 同 ・ 別 |
| | | | (電話番号) | | 同 ・ 別 |
| | | | (電話番号) | | 同 ・ 別 |
| | | | (電話番号) | | 同 ・ 別 |
| | | | (電話番号) | | 同 ・ 別 |

| | | | | | | | | |
|-------------------|--------------|---------------------------------|---------------|-------------------------------|-----------|-----------|-----------|--|
| 利用料等の 経費支払い | | 1、本人負担 | | ※番号のいずれかに○を、2・3の場合のみ記入してください。 | | | | |
| | | 2、一部縁故者負担 | | 住所 | | | | |
| | | 3、全額縁故者負担 | | 氏名 | | | | |
| 現在の状況 | | 1、持ち家(マンション) 2、借家 3、借間 4、その他() | | | | | | |
| 身体 の 状 況 | 日常生活 | 歩 行 | ア・自分で出来る | | イ・一部介助が必要 | | ウ・自分でできない | |
| | | | 杖 ・ 歩行車 ・ 車椅子 | | | | | |
| | | 食 事 | ア・自分で出来る | | イ・一部介助が必要 | | ウ・自分でできない | |
| | | | 主食(ごはん・粥) | | 副食(普通・刻み) | | 禁止食品() | |
| | | 入 浴 | ア・自分で出来る | | イ・一部介助が必要 | | ウ・自分でできない | |
| | 排 泄 | ア・自分で出来る | | イ・一部介助が必要 | | ウ・自分でできない | | |
| | 更 衣 | ア・自分で出来る | | イ・一部介助が必要 | | ウ・自分でできない | | |
| | 健康 状 況 | 治療中の病気と既往歴: | | | | | | |
| | | かかりつけ医師 | | 病院 科 | | 医師名 | | |
| | 身体障害の有無 | | 有・無【部位 | | 手帳(有・無) | | 種 級】 | |
| 精神の状況 | | 性格 | | 精神障害の有無 | | 有()・無 | | |
| | | 対人関係 | | 認知症の有無 | | 有・疑い・無 | | |
| 身元保証人 | | 氏名 | | 本人との関係 | 年齢 | 住所(電話) | 勤務先(電話) | |
| | | フリガナ | | | | 住所 | 会社名 | |
| | | | | | | 電話 | 電話 | |
| 緊急時 連絡先1 | | 氏名 | | 本人との関係 | 年齢 | 住所(電話) | 勤務先(電話) | |
| | | フリガナ | | | | 住所 | 会社名 | |
| | | | | | | 電話 | 電話 | |
| 緊急時 連絡先2 | | 氏名 | | 本人との関係 | 年齢 | 住所(電話) | 勤務先(電話) | |
| | | フリガナ | | | | 住所 | 会社名 | |
| | | | | | | 電話 | 電話 | |