

お申込み必要書類

- 入居申込書
.....
- 診断書
.....
- 戸籍謄本（本人と相続の続柄がわかるもの）
.....
- 所得証明書
.....
- 住民票
.....
- 医療保険証・介護保険証の写し
.....
- 年金証書もしくは年金通知ハガキの写し
.....

入居時必要書類

- 契約書
.....
- 重要事項説明書
.....
- 個人情報使用同意書
.....
- 口座振替依頼書
.....
- 支払い確約書（必要に応じて）
.....

入居申込書

年 月 日 受付				受付者			
フリガナ			〒				
本人氏名			印		住所		
生年月日 M・T・S		年 月 日		年齢	性別	電話番号	
(これまでの生活の経過)							
要介護度		担当居宅事業所名			身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 等級		
サービス利用状況		<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"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ					
受診状況	医療機関名						
	病 名						
	受診頻度	<input type="checkbox"/> 定期(月・週 回) <input type="checkbox"/> 不定期		<input type="checkbox"/> 定期(月・週 回) <input type="checkbox"/> 不定期		<input type="checkbox"/> 定期(月・週 回) <input type="checkbox"/> 不定期	
	薬の有無						
	主治医						
入居時の利用料の負担		<input type="checkbox"/> 全額本人負担		<input type="checkbox"/> 全額縁故者負担		<input type="checkbox"/> 一部縁故者負担	
<small>(全額、一部縁故者負担の場合のみ記入)</small>							
住所							
負担者							
氏 名		電話番号					
年金の種類		年額					
年金の種類		年額					
年金の種類		年額					
年金の種類		年額					
成年後見・権利擁護利用の有無		権利擁護 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		成年後見 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
連絡先①	フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 S・H 年 月 日			続柄	
	〒 住所	電話番号			(自宅) (携帯)		
	勤務先会社名			勤務先電話番号			
連絡先②	フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 S・H 年 月 日			続柄	
	〒 住所	電話番号			(自宅) (携帯)		
	勤務先会社名			勤務先電話番号			
連絡先③	フリガナ 氏名	性別 男・女	生年月日 S・H 年 月 日			続柄	
	〒 住所	電話番号			(自宅) (携帯)		
	勤務先会社名			勤務先電話番号			

診 断 書

一乗ハイツ コーポ花山
コーポめいりん

利用者	氏 名				性 別	男 女	
	生年月日	昭和 年 月 日 歳					
	住 所						
傷病名・発症日	傷病名（発症時期）				現病歴及び現症		
	アレルギー 有・無 （ ）						
現在の処方				処置内容	<input type="checkbox"/> 経管栄養（ <input type="checkbox"/> 鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他） <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル（ <input type="checkbox"/> 尿道 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻） <input type="checkbox"/> 褥瘡（部位： ） <input type="checkbox"/> インシュリン（ ） <input type="checkbox"/> 吸引（ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔） <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸療法（ ） <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 人工肛門		
					<input type="checkbox"/> 別紙参照		
検査所見	通常バイタル	年 月 日	血 圧	脈 拍	体 温	s p o 2	血 液 型
							A B O 型（ ）
							R H 型（ ）
	身体測定	年 月 日	身 長		体 重	麻痺の有無・部位	
			cm		kg		
	感 染 症	年 月 日	H B S 抗原（ + - ）		皮膚感染症疾患（有・無）		
			H C V 抗体（ + - ）		M R S A 加療の有無（有・無）		
		疥癬（ + - ）		W a（ ）			
X 線 所 見		異常なし		X線検査不能の場合			
		異常あり		(打診・聴診の所見)			
		直近の撮影のもので可					
尿 検 査	年 月 日	蛋白（ ）		糖（ ）	潜血（ ）		
血 液 検 査	年 月 日	* 検査結果報告書コピー添付可 その他、異常があればご記入ください。					
A D L 等	歩 行	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 歩行不能	
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 胃管カテーテル		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 介助	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> オムツ（全日・夜間）		<input type="checkbox"/> カテーテル
	衣 着 脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			
認知症	【周辺症状】			【特記事項】			
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 独語 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為						

上記のとおり診断します。

医療機関名・所在地

医師氏名

令和 年 月 日