

入居申込書

年 月 日受付				受付者			
フリガナ 本人氏名				〒 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 ☐ 有 ☐ 無 等級		
サービス利用状況		☐ ホームヘルパー ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ 訪問看護 ☐ ショートステイ					
受診状況	医療機関名						
	病 名						
	受 診 頻 度	☐ 定期（月・週 回） ☐ 不定期		☐ 定期（月・週 回） ☐ 不定期		☐ 定期（月・週 回） ☐ 不定期	
	薬 の 有 無						
	主 治 医						
入居時の利用料の負担 ☐ 全額本人負担 ☐ 全額縁故者負担 ☐ 一部縁故者負担							
負担者 住 所 氏 名 電話番号 (全額、一部縁故者負担の場合のみ記入)							
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 ☐ 有 ☐ 無 成年後見 ☐ 有 ☐ 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			

お申込み必要書類

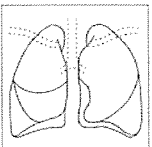
- ☐ 入居申込書
.....
- ☐ 診断書
.....
- ☐ 戸籍謄本（本人と相続の続柄がわかるもの）
.....
- ☐ 所得証明書
.....
- ☐ 住民票
.....
- ☐ 医療保険証・介護保険証の写し
.....
- ☐ 年金証書もしくは年金通知ハガキの写し
.....

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）
.....

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） アレルギー 有・無 （ ）				現 病 歴 及 び 現 症		
現在の処方					処 置 内 容	☐ 経管栄養（ ☐ 鼻 ☐ 胃瘻 ☐ その他） ☐ 膀胱留置カテーテル（ ☐ 尿道 ☐ 膀胱瘻） ☐ 褥瘡（部位： ） ☐ インシュリン（ ） ☐ 吸引（ ☐ 気管切開 ☐ 口腔 ☐ 鼻腔） ☐ 在宅人工呼吸療法（ ） ☐ 在宅酸素療法 ☐ ペースメーカー ☐ 人工肛門 ☐ 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 異常あり 直近の撮影のもので可		X線検査不能の場合 （打診・聴診の所見）				
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	☐ 独歩	☐ 杖使用	☐ 介助	☐ 車椅子	☐ 歩行不能	
	食 事	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助	☐ 胃管カテーテル		
	排 泄	☐ 自立	☐ 介助	☐ ポータブル	☐ オムツ（全日・夜間） ☐ カテーテル		
	衣 着 脱	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
	入 浴	☐ 自立	☐ 一部介助	☐ 全介助			
認 知 症	【長谷川式】 点（実施日： 年 月 日） 【認知症高齢者自立度】 ☐ I ☐ II ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M 【周辺症状】 ☐ なし ☐ 不潔行為 ☐ 興奮 ☐ 幻覚 ☐ 妄想 ☐ 独語 ☐ 大声 ☐ 暴力 ☐ 攻撃的行為						

上記のとおり診断します。

医療機関名・所在地

令和 年 月 日

医師氏名

®