

写 真

縦40×横30

半年以内に撮影

スナップ・デジカメ可

## 入居申込書

介護付有料老人ホーム『パレス穴生』 宛

令和 年 月 日

ご入居者	ふりがな 氏 名	男 女	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 (満 歳)	
	住 所	〒 —			
	電 話	ご自宅 ( ) — 携帯 — —			
	居 所	現住所・病院 ( 病院 ) ・施設 ( ) ・その他 ( ) 〒 — TEL —			
お申込者	ふりがな 氏 名	ご関係			
	住 所	〒 —			
	電 話	ご自宅 ( ) — 携帯 — —			
お支払い	収 入	年金等 ( ) ・ その他 ( ) 月額 円			
	方 法	① 全額ご本人が支払う ② 一部家族等が支払う ( ) ③ 全額家族等が支払う ( )			
保険医療	介護保険	介護度 (要支援 ・ 要介護 ) 認定期限 令和 年 月 日 申請中 (令和 年 月 日申請) ・ 申請予定 (令和 年 月 日予定)			
	医療保険	ご本人・ご家族 ( ) 種類 (国保・社保・ ) 記号番号 :			
	その他	老人医療受給者番号 : 障害者手帳 :			
連絡先	氏 名	ご関係	住 所	電話番号	
			〒	自宅 携帯	
			〒	自宅 携帯	
		〒	自宅 携帯		

※太線で囲んだ部分は必ずご記入ください。

お身体 の 状 況	歩 行	自立・見守り・手引き・杖・歩行器・車いす（自走 ・ 介助）		
	入 浴	自立・見守り・一部介助・全面介助	普通浴	機械浴 清拭
	排 泄	自立・見守り・一部介助・全面介助	オムツ使用（昼・夜・常時）	種類（ ）
	排泄場所	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ その他（ ）		
	食 事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全面介助 ・ 口腔ケア（自立・一部介助・全介）		
	食事形態	はし・スプーン・その他自助具（ ）	普通食・その他（ ）	
	着替え	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全面介助		
	物忘れ	なし ・ 気になる（ ）		
	認知症	なし ・ あり（ ）		
	その他			
	既往歴			
	通院状況	病名（ ）	病院（ ）	主治医（ ）
		病名（ ）	病院（ ）	主治医（ ）
病名（ ）		病院（ ）	主治医（ ）	
サー ビス の 利 用 状 況	種 類	回数・頻度	事業者名（担当者）	
	ケアマネジメント（事業者名			・ 担当者名 ・ TEL（ ）
趣 味 ・ 嗜 好	趣味（ ）	飲酒（ ）	喫煙（ ）	
	食べ物の好き嫌い（好き：		嫌い：（ ）	
	その他（ ） 職歴（ ）			
そ の 他	・ 入居予定日時 令和 年 月 日（ ） 時 分頃 昼食・おやつ・夕食 から			
	・カーテン（ 持込・購入 :タイプ（ ）） 寝具（ 持込・リース : A ・ B			
	・ 協力病院への変更希望（有 無：家族付添（ ））			
	・ 緊急時搬送病院（ ① ② ③（ ））			
	・ 住民票の異動（ する ・ しない ） ・ 電話の設置（ する ・ しない ）			
入居理由				