

住宅型有料老人ホーム「ちょうじゃ様の宿」入居申込書

申込日:平成 年 月 日

入居者	フリガナ	性別	生年月日		
		男 女	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
住所	(〒 -)				電話 - -
家族構成	氏名	続柄	同居の有無	住所・連絡先	
			同・別	電話 - -	
			同・別	電話 - -	
			同・別	電話 - -	
			同・別	電話 - -	
身元引受人	氏名	続柄()		電話 - -	
	住所				
居住形態	終身・期間限定(予定:平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)				
入居希望日	平成 年 月 日 午前・午後				
希望居室	1階・2階	個室・2人部屋		トイレ 有り・無し	
主治医	医療機関		診療科		医師名
主疾患及び既往歴					
1.			2.		
3.			4.		
介護度	自立 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				
居宅介護支援事業所	事業所名:			介護支援専門員:	
	電話 - -				
障害者手帳等	あり [種類()] 障害名() 級] ・ なし				
日常生活の状態					
移動:	自立	見守り	一部介助	全介助	その他()
更衣:	自立	見守り	一部介助	全介助	その他()
入浴:	自立	見守り	一部介助	全介助	訪問入浴他()
食事:	自立	見守り	一部介助	全介助	経管栄養他()
排泄:	自立	見守り	一部介助	全介助	その他()
意志疎通:	可能	ほぼ可能	一部可能	困難	その他()
申込者	氏名	続柄()		電話 - -	
	住所				

※ホーム使用欄					
入居履歴	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	面接日: 平成 年 月 日			
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	入居決定: 平成 年 月 日			
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	入居日: 平成 年 月 日 午前・午後			
	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	居室: 階 号室			

※ ご記入の内容は、個人情報保護法に基づき適正に管理するとともに、お客様の事前の了解を得ることなく目的外に使用することはありません。
有限会社八戸メディカルサービス