

中館園サービス付き高齢者向け住宅

(入居申込み・相談票)

受付番号	No.
受付日	年 月 日
担当者	

申込み及び相談者	フリガナ氏名	印	続柄	
	ご住所	〒 -		<input type="checkbox"/> 身元保証人 <input type="checkbox"/> 代理人
	ご連絡先	(自宅)	()	
		(携帯)	()	

相談内容

入居希望者の状況	フリガナ氏名		性別	男 ・ 女	
	生年月日	M ・ T ・ S	年 月 日	(歳)	
	ご住所	〒 -			
	ご連絡先	(自宅)	()		
		(携帯)	()		
	現在の生活状況	独居(自宅・施設) 夫婦世帯 家族世帯(構成) 持家・借家・アパート(階) 施設又は入院中 いつから 年 月 日～			
	入居希望時期	年 月 日頃 ・ 今すぐ その他:			
介護保険	保険者() 申請 済 ・ 未 申請中 ・ 支援Ⅰ ・ 支援Ⅱ 要介護 Ⅰ ・ Ⅱ ・ Ⅲ ・ Ⅳ ・ Ⅴ 申請中の場合: 申請年月日 年 月 日ころ 介護支援相談員 いる ・ いない 居宅介護支援事業所 担当者				
サービス利用状況	訪問: 介護 ・ 看護 ・ 入浴 ・ Rh 通所: デイサービス ・ デイケア 短期入所: 福祉用具(貸与・購入) その他				

入居希望者の状況	かかりつけ医療機関		主治医	
	医療・現病・既往歴	※ 過去に発症した疾患を記載(何歳頃、どのような疾病で医療、入院、通院したなど)		
	医療行為処置	褥瘡 胃瘻 経管栄養 Br ストーマ 点滴(持続) 輸血 IVH 人工透析(週回) 気管切開 在宅酸素 吸引(頻度) インスリン 朝 昼 夕 悪性腫瘍 看取り期 感染症 W氏 HB HC MRSA Pyo TB 白癬 ペースメーカー いつから 年 月 日 特別な内服が ある ない 食事の制限が ある ない		
収入状況	年金(国民・厚生・恩給) 医療保険(国民・社会) その他(役員報酬・家賃収入)			
※ 事業所記入欄				

[添付書類] 医療保険証 薬状 障害者手帳 診断書 サマリー 意見書
介護保険証 その他()

※ 本書提出時に介護保険証、医療保険証の写しの添付をお願いいたします。
また、上記書類がございましたら併せて写しの添付をお願いします。

- ◇ 個人情報保護に関する関連法令を遵守しご希望者本人又はご家族様の承諾がない限り、本個人情報を「サービス付き高齢者向け住宅の入居に係る目的」以外での使用はいたしません。
- ◇ 本申込み票は「中館園サービス付き高齢者向け住宅」の入居に係る可否判断資料として使用いたします。また、本申込書は契約書ではございません。本書を提出することで入居が確約されるものではありません。
- ◇ 本申込書において入居を申し込むとともに、入居判定を判断するうえで必要な入居者の個人情報を、担当介護支援専門員等から聞き取ることに同意いたします。
上記事項の説明を受け、承諾いたします。

平成 年 月 日

入居希望者又は身元引受人署名	印	続柄	
----------------	---	----	--