

入居申込書

受付番号

No.1

申込日： 年 月 日

フリガナ 氏名		性別	☐ 男	☐ 女
住所	〒	生年月日		
		☐ 大正	☐ 昭和	
電話番号	(自宅)	—	—	(歳)
	(携帯)	—	—	

基本情報

現在の状況	☐ 単身	☐ 高齢者世帯	☐ 家族と同居	現在の住居	☐ 持家	☐ 賃貸	☐ 施設
医療保険区分	☐ 社会保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 後期高齢者 ☐ 生活保護 ☐ 原爆						
介護保険	☐ なし ☐ 申請中 ☐ あり			負担割合	☐ 1割 ☐ 2割		
担当ケアマネジャー	事業所名				担当名		
	連絡先	—					
介護保険情報	☐ 自立	☐ 要支援1	☐ 要支援2	☐ 要介護(1 2 3 4 5)			
	被保険者番号		有効期限				
			平成	年	月	日	～
現在利用している在宅サービス	☐ 訪問介護 ☐ 通所介護 ☐ ショートステイ ☐ その他 ()						
	☐ 通所リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 福祉用具						
	事業所名	-----			担当		
医療情報	かかりつけ医	☐ なし ☐ あり (医療機関名 主治医)					
	現在治療中の病気						
	既往歴	年				年	
		年				年	
		年				年	
		年				年	
年					年		
家族構成	氏名	続柄	電話番号	住所			

トランキルテひうらき番館

入居申込書

生活状況	視力	☐ 普通	☐ 見えにくい(右 ・ 左)
	聴力	☐ 普通	☐ 聴こえにくい(右 ・ 左)
	意思疎通	☐ 可能	☐ 不可能 ☐ 他 ()
	認知症	☐ なし	☐ あり ()
	食事	☐ 自立	☐ 一部介助 ☐ 全介助
	食事形態	☐ 普通	☐ 刻み食 ☐ 嚥下食 ☐ 他 ()
	アルザ -	☐ なし	☐ あり ()
	更衣	☐ 自立	☐ 一部介助 ☐ 全介助
	移動	☐ 自立	☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
		☐ 独歩	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 他 ()
	入浴	☐ 自立	☐ 一部介助 ☐ 全介助
	排泄	☐ 自立	☐ 一部介助 ☐ 全介助
		☐ トイレ	☐ ポータブルトイレ ☐ オムツ ☐ 他 ()
	掃除	☐ 行える	☐ 一部手伝いが必要 ☐ 行えない
	洗濯	☐ 行える	☐ 一部手伝いが必要 ☐ 行えない
	金銭管理	☐ 行える	☐ 家族の援助あり ☐ 行えない
	糖尿病	☐ あり ☐ なし	インシュリン ☐ あり ☐ なし
	服薬管理	☐ 自己管理	☐ 家族等が行っている ☐ 行えない
	アルコール	☐ 毎日飲む	☐ 時々飲む ☐ 飲まない
	喫煙	☐ あり	☐ なし
入居申込理由	入居希望日	H 年 月 日 より希望	
確認事項	住宅の食事サービスをご利用されますか？	☐ する	☐ しない
	服薬管理を希望されますか？	☐ する	☐ しない
	身体的な介護の支援を必要とされますか？	☐ する	☐ しない
	掃除などの生活支援を必要とされますか？	☐ する	☐ しない

連帯保証人	連帯保証人・緊急連絡先の設定		☐ 可能	☐ 不可能
	フリガナ 氏名		性別	☐ 男 ☐ 女
	住所	〒 —	生年月日 ☐ 大正 ☐ 昭和 ☐ 平成 年 月 日	

備考	・本申込書は、入居契約書ではありませんので、本書にて入居が確定するものではありません。 ・入居申込書に記載頂いた個人情報につきましては、正当な理由無く第三者に漏らすことはありません。
----	---

※この申込書が事実と相違したり、不適合と判断された場合には、申込書の取り消しがあっても異議の無いことを誓約し、取り消し理由の説明は、必要ないことをあわせて誓約いたします。

平成 年 月 日 申込人 氏名

ご質問やご不明点などございましたら、お気軽にご連絡ください。

医療法人 外海弘仁会 トランキルテひうら壱番館
Tel 0959-37-6666 FAX 0959-25-1808