

# 入居申込書

\*は必ず記入してください

施設名		居室番号			
入居者情報	フリガナ* 入居者氏名*	性別*	生年月日*		年齢*
		男・女	M・T・S	年 月 日	
	住民票所在地*	〒			* <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 独居
	要介護度*	自立 / 申請中 / 要支援[ 1 ・ 2 ] / 要介護[ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ]			
	担当居宅介護支援事業所名			担当ケアマネジャー名	
	現在の居所*	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 施設名 <input type="checkbox"/> 病院 病院名 入院履歴 (転院等の場合)		入所日	年 月 日
				入院日	年 月 日
	病気の状況	かかりつけ医			
		現在治療中の病気			
		過去にかかった病気 【既往歴】			
申込者から見た身体状況* 歩行 : 自立 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 寝たきり 食事 : 自立 ・ 介助必要                      入浴 : 自立 ・ 介助必要 排尿・排便 : 自立 ・ 介助必要                      オムツ類 : 無し ・ オムツ ・ リハパン ・ パット 認知症 : 有 ・ 無 有の場合の主な症状 [ ]					
家族構成* 配偶者 有 ・ 無                      兄弟姉妹 名                      子ども 名					
紹介先(当社記入)	施設をご存知になった理由				
	<input type="checkbox"/> 病院紹介	病院名 [ ]	担当者名 [ ]		
	<input type="checkbox"/> ケアマネ	事業所名 [ ]	担当者名 [ ]		
	<input type="checkbox"/> 他施設	施設名 [ ]	担当者名 [ ]		
	<input type="checkbox"/> インターネット	サイト名 [ ]			
	<input type="checkbox"/> パンフレット(リーフレット)	設置場所 [ ]			
	<input type="checkbox"/> チラシ・情報誌	媒体 [ ]			
	<input type="checkbox"/> 入居紹介センター	紹介センター名 [ ]	担当者名 [ ]		
	<input type="checkbox"/> 近隣				
<input type="checkbox"/> その他	[ ]	氏名:	関係:		

申込日\* : 平成 年 月 日

**申込者(契約手続者)\***

フリガナ 氏名		(印)
住所 〒		
電話番号	携帯番号	

**FAX送付先**

(株)はれコーポレーション

086-803-5081