

サービス付き高齢者向け住宅「逢座」 入居申込書

受付番号	No.
受付年月日	
受付担当者	

申込者	申込日	令和 年 月 日	続柄	住所	〒 —	
	フリガナ					
	氏名					
	自宅電話番号	— —		携帯電話	— —	

入居希望者・ご本人の状況	フリガナ		性別	生年月日	M T S 年 月 日		
	氏名			要介護度	自立 申請中 支援 1 2 介護 1 2 3 4 5		
	住所	〒 —					
	居宅介護支援事業所名		担当介護支援専門員		様		
	収入状況	年金(国 厚 共) 給与 他()		備考			
	居宅サービス	訪問介護	回/週	訪問入浴	回/週	訪問看護	回/週
	利用状況	訪問リハ	回/週	通所介護	回/週	通所リハ	回/週
	(有の場合)	居宅療養管理指導	福祉用具貸与		短期入所	日/月	
	入所(院)状況	無 有:施設・病院名()		令和 年 月 日～			
	移動方法	独歩 杖 歩行器・シルバーカー 車いす(自操 介助)		フルリクライニング ストレッチャー			
	食事形態	主食	常 軟 粥 ミキサー 経管	食事動作	自立 一部介助 全介助		
		副食	常 一口大 刻 ペースト	備考			
	排泄	自立 トイレ誘導 PTイレ(常 昼のみ 夜のみ) 尿器 バルーンカテ 他()					
		布パンツ(尿パ 有 無) リハパン(尿パ 有 無) オムツ(常 夜のみ)					
	入浴動作	自立 一部介助 全介助		入浴方法	一般浴 機械浴(座位 ストレッチャー)		
	更衣動作	自立 一部介助 全介助		整容	自立 一部介助 全介助		
	認知症状	無 軽度 中度 重度		意思疎通	支障なし 曖昧 困難		
		無 記憶障害 失見当識 徘徊 異食 妄想 幻覚 幻聴 昼夜逆転 暴力行為 自傷 他					
		特記事項					
	医療機関受診状況	医療機関名		主治医 科 先生			
既往・現病歴							
医療行為等	内服管理	自立 要確認 要介助		感染症	無 有()		
	経管栄養	胃ろう IVH	持続点滴	人工透析	インスリン注射		
	たん吸引	在宅酸素	気管切開	心臓ペースメーカー	人工呼吸器	その他	
	特記事項						
申込理由							
入居希望時期	早急 ・ 令和 年 月 日頃		希望居室	Sタイプ ・ Aタイプ ・ Bタイプ			

身元引受人	フリガナ		続柄	住所	〒 —	
	氏名					
	自宅電話番号	— —		携帯電話	— —	
	フリガナ		続柄	住所	〒 —	
	氏名					
自宅電話番号	— —		携帯電話	— —		

※個人情報保護に関する法律並びに関連法令を遵守いたします。ご記載の情報に関しましては本入居申込以外に使用いたしません。
※入居申込者様ご本人または、身元引受人様の同意を得た上で、関係機関に問い合わせをさせていただく場合がございます。
※本申込書の提出が入居の決定ではありません。記載事項に変更が生じた場合はご連絡をお願いいたします。
上記に同意し、入居の申し込みをいたします。

本人 印
身元引受人 印