

【入 居 申 込 書】

希望	サービス付き高齢者向け住宅 ふるまいの家（〒954-0051：見附市本所1-25-53）	<input type="checkbox"/>
施設	住宅型有料老人ホーム ふるまい 村（〒954-0076：見附市新幸町7-11）	<input type="checkbox"/>

※入居を希望する施設にチェックを入れて下さい。

入居者	ふりがな：		生年月日		年 月 日			
	氏名：		年齢		歳	性別	男	女
			連絡先					
現住所	〒（ - ）		緊急連絡先	①	電話：			
					氏名：（続柄）			
申込者	氏名：（続柄）			②	電話：			
					氏名：（続柄）			
現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 施設入所中（施設名：） <input type="checkbox"/> 入院中（病院名：） <input type="checkbox"/> その他（）							
介護 保険 申請 状況	居宅介護支援事業所名							
	ケアマネージャー氏名							
	介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象 <input type="checkbox"/> 要支援（） <input type="checkbox"/> 要介護（） <input type="checkbox"/> 未申請						
	有効期限	年 月 日～ 年 月 日まで						
収入 状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害（国民・厚生） <input type="checkbox"/> 共生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（）							
身元 引受・ 連帯保 証人の 状況	ふりがな：		生年月日		年 月 日			
	氏名：（続柄）		年齢		歳			
			連絡先					
	住所	〒（ - ）						
	身元引受人・連帯保証人不在 <input type="checkbox"/>							
医療の 状況	医療行為	あり <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経管栄養（経鼻・胃ろう） <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> カテーテル					
		※右記記載	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（）					
		なし <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> その他（）					
	主病名							
	主治医	病院名：		病院名：				
		診療科目：		診療科目：				
		医師名：		医師名：				
服薬等	※下記に記載又はお薬手帳の複写を添付							
意向	【入居期間】 <input type="checkbox"/> 長期入居希望 <input type="checkbox"/> 施設への入居待ち <input type="checkbox"/> 短・中期入居（入居期間：） 【希望又は利用予定の介護保険サービス事業所】 <input type="checkbox"/> ふるまい <input type="checkbox"/> 他社 <input type="checkbox"/> 利用予定なし 【利用予定サービス】 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> その他（） <input type="checkbox"/> 不明							
【弊社記入欄】			入居判定					
入居者コード				居室番号				