

サービス付き高齢者向け住宅 ディエス有田 入居申込書

申込人(ご本人)	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和			
	氏名			年	月	日	( 歳 )	
	介護認定	<input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けている <input type="checkbox"/> 申請中(認定予定日 令和 年 月 日頃)						
	要介護度	非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		保険者				
	認定期間	平・令 年 月 日～平・令 年 月 日		被保番				
	現住所	〒 -						
	連絡先	TEL	携帯TEL					
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院、その他						
	施設・病院の名称			入所・入院の期間	平・令 年 月 日から			
	担当ケアマネ	事業所名			氏名			
住所				TEL				
本人の状態	治療中	病名		いつごろ		医療機関		
		病名		いつごろ		医療機関		
		病名		いつごろ		医療機関		
	既往歴	感染症		<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> MRSA			
		<input type="checkbox"/> なし		<input type="checkbox"/> 肝炎	<input type="checkbox"/> その他			
	医療処置	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 処置あり ( )						
	救急搬送	<input type="checkbox"/> 希望先なし <input type="checkbox"/> 希望先あり ( )						
	※救急隊や受け入れ先の医療機関の状況により、ご希望にそえない場合がありますので、予めご了承ください。							
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり ( )						
	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助が必要な場合あり ( 移乗・移動・排泄・食事・その他( ) )						
入居後の利用希望サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護		( <input type="checkbox"/> 変更しない ・ <input type="checkbox"/> デイサービスセンターラ・ポール有田 )					
	<input type="checkbox"/> 訪問介護		( <input type="checkbox"/> 変更しない ・ <input type="checkbox"/> ヘルパーステーションラ・ポール有田 )					
	<input type="checkbox"/> 往診		( )					
	<input type="checkbox"/> その他 ( )							
精神状態	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 認知症の診断あり → <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度							
	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 話の繰り返し <input type="checkbox"/> その他 ( )							
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> その場はできる <input type="checkbox"/> できない		ナースコール	<input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 不可能				
金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		たばこ	<input type="checkbox"/> 吸う ・ <input type="checkbox"/> 吸わない				
服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない ( 服薬管理のオプションを利用 利用する ・ 本人に任せる )							
生活歴(出身・職歴・趣味・性格など)								
希望のお部屋 階 号室 ※介護が必要な方は1階フロアをお願いしております。								
社会福祉法人実寿穂会 サービス付き高齢者向け住宅 ディエス有田								
〒814-0033 福岡市早良区有田7丁目2番3号 TEL092-852-7711								

▼連帯保証人は原則、就労されている方を2名お願いします(うち1名は身元引受人でも構いません)▼

身元引受人(緊急連絡先)	現住所	〒					
	電話番号				携帯番号		
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	氏名			年	月	日	( 歳 )
	勤務先	名称			本人との関係	現在住居	賃貸・所有・その他
住所				電話番号			
連帯保証人	現住所	〒					
	電話番号				携帯番号		
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	氏名			年	月	日	( 歳 )
	勤務先	名称			本人との関係	現在住居	賃貸・所有・その他
住所				電話番号			
連帯保証人	現住所	〒					
	電話番号				携帯番号		
	フリガナ			生年月日	明治・大正・昭和・平成		
	氏名			年	月	日	( 歳 )
	勤務先	名称			本人との関係	現在住居	賃貸・所有・その他
住所				電話番号			
【説明確認及び同意書】	1、入居にあたり、その手続きについて説明を受けました。						
	2、本申込書は、契約書ではなく、本書にて入居が確定するものではないことを理解しました。						
	3、事実と相違したり、不適合と判断された場合には、申込を取り消されても異議のないことを誓約します。						
	令和	年	月	日	(印)		
	( 本人との関係 )						
施設記入欄	申込受付日	令和 年 月 日			受付者		
	基本料金	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 生活保護					