

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																
	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 )															
	精神状態	<input type="checkbox"/> 往診 ( )															
		<input type="checkbox"/> その他 ( )															
	意思疎通	<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																
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					
	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					
	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					
	氏名											年	月	日	( 歳 )			
勤務先	名称											電話番号						
	住所											所属						
連帯保証人	勤務先											勤務年数又は営業年数	年					
	住所											所属						
【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										
	割引等	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 法人内割引 <input type="checkbox"/> 室住団地 <input type="checkbox"/> 生保																