

サービス付き高齢者向け住宅 ディエス有田 入居申込書(記入例)

申込 人 (ご 本人)	フリガナ	ありた たろう		生年月日	明治・大正	昭和	
	氏名	有田 太郎		〇 年 〇 月 〇 日	(〇〇 歳)		
	介護認定	<input type="checkbox"/> 受けていない <input checked="" 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	〇〇市	1	2	3
	認定期間	平・令 年 月 日 ~ 平・令 年 月 日	被保番	1	2	3	4
	現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇区〇〇〇 1-2-3					
	連絡先	Tel 092-000-0000 携帯Tel 090-0000-0000					
	現住の状況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input checked="" 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	×××リハビリテーション病院		入所・入院の期間	平成 〇 年 〇 月 〇 日から		
	担当ケアマネ	事業所名	△△ケアプランセンター		氏名	早良 花子	
本人 の 状 態	治療中	病名	高血圧	いつごろ	平成〇年頃	医療機関	<input type="checkbox"/> 内科医院
		病名	認知症	いつごろ	平成〇年頃	医療機関	〇〇クリニック
		病名	大腿骨頸部骨折	いつごろ	平成〇年△月頃	医療機関	×××リハビリテーション病院
	既往歴	糖尿病、骨粗鬆症、アレルギー性鼻炎		感染症	<input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> MRSA	<input checked="" type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> その他	
	医療処置	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 希望先あり (◆◆記念病院)					
	※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 checked="" type="checkbox"/> あり (ソバアレルギー)					
	介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (<input type="checkbox"/> 変更しない ・ <input checked="" type="checkbox"/> デイサービスセンターラ・ポール有田) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (<input type="checkbox"/> 変更しない ・ <input checked="" type="checkbox"/> ヘルパーステーションラ・ポール有田) <input checked="" type="checkbox"/> 往診 (■■■クリニック) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()					
精神状態	<input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> 認知症の診断あり → <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 話の繰り返し <input checked="" type="checkbox"/> その他 (夜間帯に不安や緊張が強い時があります。)						
意思疎通	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> できない						
服薬管理	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない (服薬管理のオプションを利用 <u>利用</u> する ・ 本人に任せる)						
生活歴(出身・職歴・趣味・性格など) 〇〇市出身、60歳まで自動車メーカーで営業の仕事をしていました。読書と野球を見るのが好きです。 温厚ですが、家族に対しては頑固です。周りに気を遣う面もあります。							
希望のお部屋 2階 2〇〇号室 ※介護が必要な方は1階フロアに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							

▼連帯保証人は原則として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	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇区×××町7-8-9-1001 〇〇マンション					
	電話番号	092-000-0000	携帯番号	080-0000-0000			
	フリガナ	ありた いちろう		生年月日	明治・大正	昭和・平成	
	氏名	有田 一郎		× 年 × 月 × 日	(〇〇 歳)		
勤務先	名称	(株)〇〇建設		本人との関係	長男	現在住居	賃貸・所有・その他
	住所	〇〇市×区××1-2-3		電話番号	092-×××-××××		
連帯保証人	現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 福岡県〇〇市〇〇区×××町7-8-9-1001 〇〇マンション					
	電話番号	092-000-0000	携帯番号	080-0000-0000			
	フリガナ	ありた いちろう		生年月日	明治・大正	昭和・平成	
	氏名	有田 一郎		× 年 × 月 × 日	(〇〇 歳)		
勤務先	名称	(株)〇〇建設		本人との関係	長男	現在住居	賃貸・所有・その他
	住所	〇〇市×区××1-2-3		電話番号	092-×××-××××		
連帯保証人	現住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 長崎県×××市〇〇区〇〇 1-2-3					
	電話番号	092-000-0000	携帯番号	090-0000-0000			
	フリガナ	ひぜん かずこ		生年月日	明治・大正	昭和	
	氏名	肥前 和子		× 年 × 月 × 日	(〇〇 歳)		
勤務先	名称	×××市役所		本人との関係	次女	現在住居	賃貸・所有・その他
	住所	長崎県×××市〇〇区〇〇 1-1-1		電話番号	092-000-0000		
【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 〇〇 年 〇 月 〇 日				有田 一郎			
				(本人との関係 長男)			
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					