

サービス付き高齢者向け住宅 るりあん彦根 入居申込書

〈お申し込み日〉 年 月 日

ふりがな		こ入居者との続柄	
お申し込み者氏名			
こ住所	〒		
ご連絡先	(電話)	(携帯電話)	
	(FAX)		
どこでるりあん彦根をお知りになりましたか？	<input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 居宅支援事業所 <input type="checkbox"/> 役所 <input type="checkbox"/> 知人の紹介 <input type="checkbox"/> 紹介会社() <input type="checkbox"/> 当社ホームページ <input type="checkbox"/> 検索サイト() <input type="checkbox"/> 新聞広告等 <input type="checkbox"/> その他()		

ふりがな		希望居室番号	性別	生年月日
お入居者氏名		号室	男・女	M・T・S 年 月 日生 ()歳
ご住所	〒			
電話番号	() —			
介護保険被保険番号		要介護度	支1・支2・1・2・3・4・5・申請中	
介護保険認定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日まで			
健康保険	政府管掌・組合・共済・国保・その他()			
身体障害者手帳	有・無()	公費	有・無(No.)	

緊急連絡先	ご家族	ご氏名		電話番号	() —
		ご住所			
	かかりつけ病院	病院名			
		主治医名		電話番号	() —
居宅介護支援事業所	事業所名		事業所番号		
	担当 ケアマネージャー		電話番号	() —	

ご本人の状況について	特定疾患または障害の直接の原因となっている病名と診断日				
	①				(年 月 日)
	②				(年 月 日)
	感染症	無・有()			
	移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助		
		動作	立位可・座位可・寝返り可		
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助			
		主食	常食・お粥・おにぎり		
		副食	常食・キザミ・トロミ		
		摂取方法	箸・スプーン・フォーク		
服薬	無・有(食前・食間・食後)				
排泄	自立・声かけ・要介助・おむつ				
認知症	無・軽度・中度・重度				