

コーシャハイム千歳船橋フロント3号棟 サービス付き高齢者向け住宅 入居申込書 申込日:平成 年 月 日

ふりがな			男・女	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日(歳)	
入居者	印			TEL					
申込者	印	入居者との関係		TEL					
住所	〒								
通知書送付先		入居者との関係		TEL					
住所	〒								
現在の状況	1	自宅で生活 (独居・同居)							
		医療機関受診は (している・していない)							
		医療機関名 ()	病名 ()						
	2	入院中 年 月 日 ~		病名 ()					
		医療機関名 ()	病名 ()						
3	入院中 年 月 日 ~		施設名 ()						
4	医療機関名 ()		病名 ()						
健康保険	1. 国保(本人・家族) 2. 社保(本人・家族) 3. 後期高齢 4. 生活保護(福祉事務所)								
年金	有 (2ヵ月で 円) ・ 無								
手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 精障手帳(級) <input type="checkbox"/> 身障手帳(級) <input type="checkbox"/> 療育手帳(度)								
介護保険	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5								
	ケアマネジャー 事業所名()				担当者()				
	TEL: ()				FAX: ()				
現在利用中のサービス	ヘルパー(週 回) ・ デイサービス(週 回) ・ 訪問看護(週 回) 配食サービス ・ 訪問診療 ・ その他()								
お体の状態など									
	軽度(自分で可能)		中度(一部介助)			重度(全介助)			
食事	できる		手伝いが必要			全介助			
歩行	できる		つかまればできる			できない			
入浴	できる		手伝いが必要			全介助			
排泄	できる		手伝いが必要			全介助			
衣類着脱	できる		手伝いが必要			全介助			
意思疎通	できる		その場は可能			できない			
服薬管理	できる		たまに飲み忘れがある			できない			
金銭管理	できる		手伝いが必要			できない			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度		<input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度						
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 肝(A・B・C) <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> 水虫 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> その他								
視力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不良(右・左) <input type="checkbox"/> メガネ			<input type="checkbox"/> 飲酒		<input type="checkbox"/> 飲まない <input type="checkbox"/> 飲む()			
聴力	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴(右・左) <input type="checkbox"/> 補聴器			<input type="checkbox"/> 喫煙		<input type="checkbox"/> 吸わない <input type="checkbox"/> 吸う(1日 本)			
入居希望部屋	第1希望 号室		第2希望 号室						
入居希望理由									
入居希望日				紹介者(いる場合のみ)					

※お預かりした個人情報を入居目的以外に使用することはございません。(本申込書の提出が、入居の決定ではありません。)

※お申し込み後に状況の変化(転居、入院、連絡先の変更等)があった場合は必ずお知らせください。

※入居者の心身の状況によっては、ご希望にそえない場合があります。

※入居申請書は郵送又はFAX、下記の住所にお送り、お持ちください。

〒156-00521 東京都世田谷区経堂4-7-12 FAX03-5426-3101