

入居申込み書

軽費老人ホームA型 茨戸ライラックハイツ

施設記入	受付日	年 月 日
------	-----	-------

ご入居を希望される方

フリガナ		性 別	顔写真を お貼りください。
氏 名	㊞	男 女	
生年月日	大正 ・ 昭和 年 月 日生 (歳)		
電話番号	() -		
現住所	〒 (-)		

ご入居の理由

1. 身寄りが無い。
2. 現在の住居が狭いため、自分の居室を確保することができない。
3. 家族関係が良好ではなく、別居をしたい。
4. その他の理由（具体的に記入）

保証人の方

フリガナ		利用者との関係	性 別
氏 名	㊞		男 女
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日生 (歳)		
現住所	〒 (-)		
電話番号	() -		
携帯番号	() -		
勤務先と住所			
勤務先電話番号	() -		

お申込み後、空室待ちの場合のご連絡先（2 か所まで可）

本人 ・ 保証人 ・ その他 （その他の場合は下段に氏名・ご関係・電話番号をご記入ください。）
氏名 () ご関係 () 電話番号 ()

ご入居する方の状況

要介護認定	1. 未認定 2. 非該当 3. 要支援 () 4. 要介護 ()
利用中の介護保険サービス	1. 利用なし 2. 利用中 ()
担当ケアマネージャー	

収入の 状況	() 年金	年額 () 円
	() 年金	年額 () 円
	() 年金	年額 () 円
	その他 ()	年額 () 円
	その他 ()	年額 () 円
	年間収入の合計 (1月～12月)	

血液型	型	インフルエンザ予防接種のアレルギー反応	あり ・ なし
薬物アレルギー	なし ・ あり ()		
たばこ	吸う ・ 吸わない		
かかりつけ医	医師氏名 () 病院名 ()		
体調や身体状況の 悪化時の希望			
精神状況 (認知 症・精神疾患)			
既往歴 (今までかかった 病気)			
現在治療中の病気			
サービス (生活) のご希望			

ご家族様のご意向など

ご家族様の 意向・要望	
その他・備考	

ご家族構成（ご本人様から1親等以内（配偶者・兄弟・子供）の状況についてご記入ください。）

続柄	氏名	年齢	ご住所（市町村名までで結構です）

緊急連絡先（1番目）

フリガナ		本人との関係	E-mailアドレス
氏名			
電話番号1		電話番号2	
住所	〒（ － ）		
備考			

緊急連絡先（2番目）

フリガナ		本人との関係	E-mailアドレス
氏名			
電話番号1		電話番号2	
住所	〒（ － ）		
備考			

緊急連絡先（3番目）

フリガナ		本人との関係	E-mailアドレス
氏名			
電話番号1		電話番号2	
住所	〒（ － ）		
備考			

備考・その他

--

健康診断書

氏 名		性 別	生 年 月 日		年 齢
		男・女	M T S	年 月 日	満 歳
現住所	(〒)				
既往症					
現往症					
血 圧	最 高	mmHg	脈	整	P脈拍数/分
	最 低	mmHg		不 整	
尿					
機能障害の有無	有()・無				
施設入居に 対 する 医 師 の 所 見	1. 自分で十分にホームでの日常生活を行える。 2. 日常生活に少し不便を感じる。 3. 集団の日常生活には不適當である。				
上記のとおり診断しました。 年 月 日 住 所 医師氏名 ⑩					