

## シニアレジデンスビルト 入居申込書

受付番号	No.
受付日	平成 年 月 日
担当者	

申込者記入欄	申込日	平成 年 月 日	住所	〒 _____
	フリガナ氏名			
	続柄		連絡先	自宅携帯

入居予定者・本人の状況	フリガナ氏名		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳
				連絡先	自宅携帯
	住所	〒 _____			
	収入の種類	1.年金（国民年金・厚生年金・共済年金） 2.給与 3.その他（ ）			
	要介護度	申請中 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	保険者番号		
	認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	被保険者番号		
	居宅介護支援事業所		ケアマネ名 連絡先	様	TEL
	居宅サービスの利用状況	無 有（有の方は下記の回数をお答えください） 訪問介護 回/週 訪問入浴 回/週 訪問看護 回/週 訪問リハ 回/週 デイサービス 回/週 デイケア 回/週 居宅療養管理指導 福祉用具貸与 短期入所生活介護 回/月			
	医療機関受診状況	医療機関名: 既往歴: 主治医: 感染症: 無 有（ ） 認知症: 無 有			
	医療行為 (有る方は番号に○をつけてください)	1.経管栄養 2.気管切開 3.持続点滴 4.人工肛門 5.人工透析 6.褥瘡(床ずれ) 7.悪性腫瘍(がん) 8.糖尿病(食事療法 インスリン療法) 9.たんの吸引 10.在宅酸素 11.中心静脈栄養 12.留置カテーテル 13.認知症 14.心臓ペースメーカー 15.特定疾患及び特定疾病			
介護・医療上特記事項					
入居申込み理由					
入居希望部屋	階 号室	入居希望時期	すぐにでも 平成 年 月頃		
ご家族様 身元引受人様 氏名		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	
			連絡先	自宅携帯	
住所	〒 _____			続柄	

- ※ 個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。  
 ※ 入居希望者様または身元引受人様、ご家族様の承諾のない限り、お預かりした個人情報は本利用目的以外に使用することはありません。  
 ※ 本申込書の提出が入居の決定ではございません。

入居希望者様または身元引受人様のご署名	平成 年 月 日	氏名 _____	印 _____
---------------------	----------	----------	---------

## 健康診断書

氏名			男・女	M・T・S	年	月	日生
既往症 発病年月日 と 概要	結核・がん						
	心臓病						
	血圧症						
	神経症						
	てんかん						
	そううつ病						
	総合失調症						
	既手術						
	その他						
計測	血圧	最高	最低				
	視力	眼前1メートル 視力確認表	(右) 見える	見えない			
			(左) 見える	見えない			
	聴力	(右) ろう	ややろう	否	(補聴器)	要	不要
		(左) ろう	ややろう	否	(補聴器)	要	不要
	感染症	梅毒反応	( - ・ + )	TPHA	ガラス板		
		B型肝炎	(抗原・抗体)	( - ・ + )			
C型肝炎		(抗体)	( - ・ + )				
MRSA		( - ・ + )	咽頭・その他(				
血液型	型	Rh ( )					
一般状況	咳嗽・喀痰 尿意頻繁・ 失禁等						
歩行障害	異常なし		つかまり歩き	階段昇降困難	ひとり入浴不可		
皮膚疾患	有 ・ 無	※褥瘡(部位		) ※疥癬(感染症状部位			
アレルギー	有 ・ 無	※薬(		) ※食物(			
精神障害	そう	うつ	統合失調症	脳軟化			
現在の病名 与薬・通院 など くわしく記載				胸部レントゲン所見 (間接) (直接)			
検査	赤痢菌	尿検査	平成	年	月	日	

上記のとおり診断いたしました。

平成 年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

医療機関名 機関名 \_\_\_\_\_

医師氏名 \_\_\_\_\_ (印)