

ケアホーム五橋 入居申込書

申込者	
住所	〒 ー
ふりがな	続柄
氏名	
電話番号	自宅： () 携帯： ()

入居希望者				
ふりがな	性別			
氏名	男性・女性			
住所	〒 ー			
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
要介護度	未申請・申請中 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
被保険者番号	認定年月日 令和 年 月 日			
交付年月日	令和 年 月 日 認定の 令和 年 月 日から			
保険者番号 (市町村)	有効期間 令和 年 月 日まで			
	適用開始日 令和 年 月 日			
現在ご利用中の の サービス	サービス 頻度			
	訪問介護 回/週			
	デイサービス 回/週 ショートステイ 回/月			
	通所・訪問リハビリ 回/週 入院中 病院			
入所希望理由				
利用 料 支 払 方 法	2、3の場合 親族様のご連絡先			
	〒 ー			
	電話番号			
	氏名	続柄		
家族の状況 (緊急連絡 先) 最低3人まで ご記入ください	氏名	続柄	電話番号	住所

身元保証人	氏名		続柄		生年月日		
	住所	〒 _____					
	勤務先			電話番号			
生活状況	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養					
		食事形態（普通・きざみ大・きざみ小・ミキサー・トロミ必要）					
		むせ込み（ 有り・無し ）					
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助					
		歩行・杖・歩行器・車椅子・その他（ _____ ）					
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助					
		トイレ・ポータブルトイレ・オムツ・その他（ _____ ）					
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助					
一般浴・座浴・寝台浴							
着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助						
健康状態	視力	普通・見えにくい（右・左）		聴力	普通・聴こえにくい（右・左）		
	意思疎通	可能・時々可能・不可能		感染症	無・有（ _____ ）		
	認知症	無し・有り（ _____ ）					
	現在治療中の病気	病院名：					
						
						
						
既往歴						
						
						
担当ケア マネージャー	事業所名（事業所番号）	（ _____ ）					
	担当ケアマネージャー						
	連絡先						

ご質問やご不明な点などございましたら、お気軽にご連絡ください。

入居申込書はFAXでも受け付けております。



FAX送信先

022-216-3760

受付日	担当者