



入居申込書

入居施設名			入居申込日	年月日		
入居者様情報	氏名	フリガナ	男・女	生年月日	年月日	
	住 所 (介護保険証の住所)	〒				
	要介護度	未申請・未認定(申請日:)	入居前情報	自宅・医療機関・介護施設・その他		
		要支援1・要支援2 / 要介護度 1・2・3・4・5				
	被保険者番号			保険者番号		
ご家族以外で入居者様の以前の状況がわかる方の連絡先	ケアマネジャー・主治医・施設等の担当者の連絡先					
身元引受人様情報	氏名			入居者様との続柄		
	住 所	〒 -				
	自宅電話番号			携帯電話番号		
	勤務先名				電話番号	
	勤務先住所					
第二連絡先情報	氏名			入居者様との続柄		
	住 所	〒 -				
	自宅電話番号			携帯電話番号		
	勤務先名				電話番号	
	勤務先住所					
施設記入欄						
契約締結日	年月日		* 契約を行った日			
入居日	年月日(時 分)		* 本人が利用を開始する日(家賃、介護保険サービス費等の費用が発生する日)			
支払い方法	<input type="checkbox"/> 口座自動振替(手続期間2~3ヶ月) <input type="checkbox"/> 振り込み		料金変更	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(変更内容:)		
ペット代	<input type="checkbox"/> 月々()円 <input type="checkbox"/> なし(GHは無)		家賃	<input type="checkbox"/> 円		
請求書送付先	<input type="checkbox"/> 身元引受人と送付先が同じ					
	<input type="checkbox"/> 身元引受人と送付先が異なる					
	フリガナ					
	氏名					
	住 所	〒 -		電話番号	- -	
入居者様との続柄	<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	携帯番号	- -		
備考						

紹介者名(紹介会社・ケアマネ等)
事業所名:
担当者名:

入居についての同意欄		
ホーム長	フロアーラン	看護師

→
全項目を埋めて事務局にスキャンで提出

本部

健 康 診 断 書



入居前に記載項目の健康診断を受診し健康診断書をホームにご提出ください。

氏名	ふりがな	生年月日	年齢	性別
		大・昭 年 月 日	歳	男・女
身長	cm	体 重	kg	血 液 型 型・不明
血圧	mmHg	脈 拍	回/分	SpO ² %
胸部 X-P	正常・異常()	心 電 図	正常・異常()	
アレルギー	なし・食品()・造影剤・花粉・その他()			
感 染 症	結核の既往(有・無)・HBs抗原(有・無)・HCV抗体(有・無) その他()			
認知症の診断 (有・無)				
■上記で有の場合⇒ アルツハイマー型・脳血管性・レビー小体型・その他()				
■HDS-R: 点/30点		■障害高齢者自立度:	■認知症高齢者自立度:	
採 血 結 果	〈記載又は結果添付〉	クレアチニン mg/dl	尿 檢 査 結 果	
総蛋白	g/dl	尿酸 mg/dl	尿糖	
総ビリルビン	mg/dl		尿潜血	
AST (GOT)	U/L	ナトリウム mEq/l	尿沈渣	
ALT (GPT)	U/L	クロール mEq/l	尿比重	
ALP	U/L	カリウム mEq/l	血小板数	/ μl
LD	U/L	白血球数 / μl	アルブミン	
中性脂肪	mg/dl	赤血球数 / μl	HbA1C	%
グルコース	mg/dl	血色素量 g/dl	カルシウム	
尿素窒素	mg/dl	ヘマトクリット %		
予防接種履歴	■新型コロナワクチン 最終 回目 年 月 メーカー() ■肺炎球菌ワクチン 最終 年 月 日			
既往歴				
年齢	病名	手術・治療内容	病院名	
病院名		診断日	年 月 日	
所在地				
連絡先		医師名	印	