

入居申込書

入居施設名			入 居 申 込 日		年 月 日	
入 居 者 様 報 告	氏 名	フリガナ	男 ・ 女	生年月日	年 月 日	
			年 齢	歳	居室番号	
	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 報 告	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 報 告	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:)		
ベ 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	フロアー長	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	尿検査結果
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	