

サービス付き高齢者向け住宅 ひふみひたちの森レジデンス

体験型健康リハビリトレーニング

入居申込書 兼 状況調査票

申込日	平成 年 月 日	相談問合わせ者名	続柄
参加希望日	平成 年 月 日(午前・午後)	契約希望日	平成 年 月 日(午前・午後)
フリガナ 参加者名現住所	〒		
フリガナ 参加者名氏名			
生年月日	年 月 日生( 歳)	男性 ・ 女性	
電話番号	自宅( - - ) 携帯電話( - - )		
配偶者	有 ・ 無	世帯主名	
現住所	・自己所有 ・家族所有 ・賃貸 ・社宅 ・公営住宅 ・仮設 ・その他( )		
世帯構成	・一人暮らし ・夫婦暮らし ・家族同居 ・その他( )		
要介護度	要支援:1 ・ 2 要介護:1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
被保険者番号			
認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日		
その他保険証等	介護保険負担限度額認定証(第 段階)		
	障害者手帳(種類 級 ・ 障害名 )		
現在の状況	在宅介護 ・ 在宅 ・ 入院中 ・ 入所中 ・ その他( )		
	(病院又は施設名: 病名: )		
担当ケアマネジャー	居る・居ない	事業所名	担当者名
日中活動状況	デイサービス(週 日程度) ・ 在宅で過ごす事が多い 外出活動が多い( ) その他( )		
食事	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (常食 ・ 刻み ・ ミキサー食)		
排泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (オムツ使用 常時 ・ 夜間のみ)		
入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (自宅での入浴 可 ・ 不可)		
移動	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ( 杖 ・ 歩行器 ・ 車いす )		
視力	日常生活に 支障なし ・ 支障あり		
意思疎通	普通 ・ やや困難( ) ・ 困難( )		
現在の病歴			
服薬状況			
既往歴			
参加希望の理由			

参加者(ご本人)様の状況

契約者 (緊急連絡先)	契約者	参加者と同じ ・ 参加者と違う (※契約締結能力及び家賃等支払能力の有無で判断)		
	フリガナ 〒	現住所		
	フリガナ	氏名		
	生年月日	年 月 日生( 歳)	性別	男性 ・ 女性
	電話番号	自宅( - - )		携帯電話( - - )
	参加者との続柄		参加者と	同居している ・ 同居していない
	配偶者	有 ・ 無	世帯主名	
	現住所	・自己所有 ・家族所有 ・賃貸 ・社宅 ・公営住宅 ・仮設 ・その他( )		
	職業	公務員 ・正社員 ・契約社員 ・派遣社員 ・アルバイト(パート) 学生 ・個人事業主 ・個人事業勤務 ・年金 ・無職 ・生活保護 その他 ( )		
	業種		勤務先名	
	勤務先住所		勤務先電話	( - - )
	身分証	運転免許証 ・ 保険証 ・ パスポート ・ その他ご本人が確認できるもの( )		
連帯保証人 (緊急連絡先)	フリガナ 〒	現住所		
	フリガナ	氏名		
	生年月日	年 月 日生( 歳)	性別	男性 ・ 女性
	電話番号	自宅( - - )		携帯電話( - - )
	参加者との続柄		参加者と	同居している ・ 同居していない
	配偶者	有 ・ 無	世帯主名	
	現住所	・自己所有 ・家族所有 ・賃貸 ・社宅 ・公営住宅 ・仮設 ・その他( )		
	職業			
	業種		勤務先名	
	勤務先住所		勤務先電話	( - - )
	身分証	運転免許証 ・ その他( )		