

サービス付き高齢者向け住宅 うららか 入居申込書

令和 年 月 日

入 居 希 望 者	ふ り が な 氏 名			性別	男 ・ 女
	生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (満 歳)			
	住 所	〒 -			
	電 話 番 号		携 帯 電 話		

家 族 等 連 絡 先	ふ り が な 氏 名			入居希望者 との続柄	
	住 所	〒 -			
	電 話 番 号		携 帯 電 話		

以下の内容について、わかる範囲でご記入下さい。 ☑をつけて下さい。

要介護度	☐ 自立 ☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 ☐ 申請中 ☐ 更新中											
	介護保険被保険者番号						保険者番号					
	認定年月日 令和 年 月 日						認定の有効期限 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					
障害高齢者の日常生活自立度						認知症高齢者の日常生活自立度						

居宅（在宅）サービスの利用等

居宅（在宅）サービスの利用	あり ・ なし		
居宅支援センター		連絡先	
担当ケアマネージャー			
サービス利用状況	例) デイサービス週2回、訪問介護週3回		

現在の生活場所

現在の生活場所	自宅 ・ 医療機関入院中 ・ 施設入所中 ・ その他		
病院又は施設名（自宅以外の方）			
連 絡 先		担当者名	
備 考			

※裏面もあります。

かかりつけ医療機関

病院名		主治医		連絡先	
-----	--	-----	--	-----	--

現在の病気

過去の病歴・入院歴

--	--

日常の動作 ☒をつけて下さい。

- ・食事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ・排泄 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ☐ リハビリパンツ ☐ オムツ ()
- ・入浴 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ・移動 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ・着脱 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ()
- ・その他 ()

心身の状態

- ・視力 ☐ 正常 ☐ 弱視 ()
- ・聴力 ☐ 正常 ☐ 難聴 ()
- ・歯 ☐ 正常 ☐ 一部入歯 ☐ 総入歯 ()
- ・会話 ☐ 正常 ☐ やや不自由 ☐ 不自由 ☐ 不可能 ()
- ・認知症 ☐ あり ☐ なし (症状等) ()
- ・その他 ()

入居申し込みに至った経緯や入居の目的をご記入下さい。

--

家族構成

氏 名	続 柄	性別	同居 / 別居	氏 名	続 柄	性別	同居 / 別居
			同居 ・ 別居				同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居				同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居				同居 ・ 別居
			同居 ・ 別居				同居 ・ 別居

その他

- ・入居希望時期 令和 年 月 頃
- ・その他施設の申込み ☐ あり ☐ なし (施設名)
- ・添付書類 介護保険証の写しをお願いします。
- ・注意事項 本申込書の内容は「サービス付き高齢者向け住宅うららか」の入居に関する資料として使用します。居宅支援センターや医療機関に問合せさせて頂く事がありますのでご了承下さい。
- ・申込書の内容に変更が生じた場合は、ご連絡をお願いします。

サービス付き高齢者向け住宅 うららか

個人情報提供に関する同意書

当施設とその職員は、業務上知りえた利用者または身元引受人もしくはその家族に関する秘密を、正当な理由なく第三者に漏らしません。ただし、下記の項目についての情報提供について、ご利用者様が各種機関を円滑に利用できるように情報提供する場合があります。

利用目的

介護保険サービスの利用のための市町村、居宅介護支援事業者その他の介護保険事業者への情報提供、あるいは、適切な在宅療養のための医療機関等への療養情報の提供。

個人情報について、上記の通り必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

令和 年 月 日

（利 用 者）印

（住 所）

（利用者の家族）印

（続柄 ）

（住 所）