

申込日：令和 年 月 日

有料老人ホーム なでしこの館2号館入居申込書

有料老人ホーム なでしこの館2号館

管理者 松原 せつ子 様

【申込者】

住所：

氏名：

Ⓜ

有料老人ホームなでしこの館Ⅱに入居いたしたく、必要書類を添えて下記の通り申し込みます。
なお、この申込書の記載内容が事実と相違するときは、申し込みを無効となることに同意します。

フリガナ				性別	男・女
入居希望者	Ⓜ				
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生 ()			
要介護認定	自立	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5		
現住所	(〒 -)				
電話番号					
入居希望日					
入居希望者の思い	* 今後の生活など自由に想いを綴ってください。				
ご家族氏名 (ご近親者氏名)	続柄	年齢	現住所		同居・別居
			Tel: () -		同・別
			Tel: () -		同・別
			Tel: () -		同・別

【入居希望者情報記載：必要項目に○で選択し、内容をわかる範囲で記載願います。】

収入	年金（年金の種類： ）・その他収入（収入の種類： ）		
利用料等の支払い	1. 本人負担	* 2. 3. の縁故負担の場合のみ記入してください。	
	2. 一部縁故負担 3. 全部縁故負担	縁故者住所： 縁故者氏名： 入居希望者との関係：	
現在の状況	1. 持ち家（マンション） 2. 借家 3. 借間 4. その他		
同居の状況	有・無 *有の場合（ 人）		
身体状況	日常生活	歩行：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 食事：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 入浴：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 排泄：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 更衣：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない	
	健康状況	疾病（有・無） *有の場合の病名： 主に通院している病院・医院（有・無） 通院頻度 1. 毎日 2. 週3度 3. 週1度 4. 月1度 5. その他（ ） 主に通う病院名： 主治医： 所在地： TEL：	
	身心障害	（障害手帳 有・無）	
	障害の内容		
ペースメーカー	有・無		
必要な医療的処置	インシュリン・人工透析・服薬管理・その他（ ）		
認知症の状況	有・疑い・無（特徴： ）		
特技・趣味	音楽鑑賞・テレビ、映画鑑賞・囲碁、将棋・カラオケ・生花・園芸・散歩 その他（ ）		
好きな食べ物			
生活に必要な事	* 例：毎日散歩しないと落ち着かないなど		
身元保証人	氏名	続柄	住所・TEL
	<フリガナ>		<フリガナ>
			TEL：（ ） -

