

サービス付高齢者向け住宅『Myホームてるてる』 入居申込書

受付No.	
-------	--

申込日 平成 年 月 日

入居者	フリガナ 氏 名		性 別 男 女	生年月日	M T S 年 月 日 才
	住 所	〒			居宅介護支援事業所名・担当ケアマネ氏名
	電話番号				
介護度区分	要支援 1 2 申請中	介護度認定日		介護度の	平成 年 月 日～
	要介護 1 2 3 4 5	平成 年 月 日		認定期間	平成 年 月 日

申込者	フリガナ 氏 名		性 別 男 女	生年月日	M T S 年 月 日 才
	住 所	〒		続 柄	電 話 番 号
					() -
	勤務先名			携帯電話番号(緊急連絡用)	
	勤務先住所	〒		電 話 番 号	
() -					

[illegible]

現 在 の 居 住 場 所	1. 病院(療養型) 2. 老人保健施設 3. 介護保険施設 4. その他福祉施設 5. 自宅(家族と同居中) 6. 現在は1人暮らし 7. 夫または妻と2人暮らし 7. 子どもの家 8. その他()	病院・施設の場合はその名称
他 施 設 の 申 込 状 況	1. 他の老人保健施設等に申し込みをしている。 2. 他には特に申し込みはしていない 3. その他()	

医 療 面	主 治 医			住 所		
				電話番号	()	—
	受診状況	1. 月 /回定期的に受診をしている。 2. 月 /回定期的に往診に来ていただいている。 3. 定期的な受診はしていない。				
	主 な 既 往 歴	診断名	発症年月	年	月	受診医療機関
		診断名	発症年月	年	月	受診医療機関
		診断名	発症年月	年	月	受診医療機関
		診断名	発症年月	年	月	受診医療機関
服用している薬			そ の 他			

移 動 面

移 動 方 法	歩行可 (自力・介助・杖・歩行器・シルバーカー) ・ 車イス使用
注 意 事 項	

身 体 面

義 歯	無 ・ 有 (部分義歯 (上 ・ 下) ・ 上総義歯 ・ 下総義歯)
感 染 症	無 ・ 有 ()
視 力	(普通 細かいものは見えない 識別はできる 見えない)
聴 力	(十分に聞こえる 大きな声なら聞こえる 聞こえない)
睡 眠	良 眠 不 眠 (眠 剤 ・ 無 有)

その他(行動障害等)介護をしていて心配なこと等がありましたらご記入下さい。	