

入居申込書

記入日 年 月 日

利用者本人	フリガナ		生年月日	明治・大正		
	氏名			昭和 年 月 日	才	男・女
	住所	〒 -		電話		
	現在の居住場所	家庭・一般病院・老人病院・施設		身体障害者手帳	無・有	級
	健康保険種類	社保・国保・共済・その他		老人医療受給者番号		
	介護保険被保険者番号			要介護度	要支援・1・2・3・4・5	
	主治医又は病院名			主な病名		
病院への入院期間	年 月 日		～	年 月 日		
保証人	フリガナ		生年月日	明治・大正		
	氏名			昭和 年 月 日	才	男・女
	利用者本人との続柄					
	住所	〒 -		電話		
				携帯		
職業			勤務先			
勤務先電話番号						
家族構成	氏名	年齢	続柄	職業		

利用者の身体状況

身体状況	視力	普通	・ やや弱い	・ やっと見える	・ 全盲	
	聴力	普通	・ 少し耳が遠い	・ 大声ならわかる	・ 難聴	
	会話	普通	・ 少し不自由	・ よく分からない	・ 言語障害がある	
	とこずれ	なし・ある	1か所 ・ 2ヶ所 ・ 数ヶ所 (部位)			
	おむつ使用	なし・ある	夜だけ使用 ・ 昼夜とも使用する (1日 回交換)			
	車椅子使用	必要としない ・ あれば使用 ・ 使用する (運転できる ・ できない)				
コミュニケーション	・ 意思の疎通が充分可能		・ ある程度意思の表示・理解ができる		・ 全くできない 殆ど通じない	