

介護付有料老人ホームはるか  
入居申込書兼調査票

介護付有料老人ホームはるか  
施設長 岡林 正美 様

下記の者の入居を申込みいたします。身体状況に変化があった場合、または申込みを取り消す時には  
すぐに連絡をいたします。  
尚、入居時には改めて契約をし、施設利用をいたします。

年 月 日

申込者 氏 名 印 続柄( )

住 所

電 話 自 宅  
勤 務 先  
携 帯 電 話

ふりがな					性 別	年 齢	
入居者氏名					男 ・ 女	歳	
生年月日	明 ・ 大 ・ 昭	年	月	日 生まれ			
住 所	電話番号 ( )						
居宅支援事業所 (自宅で介護サービスを受けている方)							
介護保険被保険者番号							
要介護状態区分	申請中	要介護	1	2	3	4	5
認定の有効期限	年 月 日		～	年 月 日			
既 往 歴						かかりつけ医	
心 身 状 況	食 事	普通食 ・ きざみ ・ その他( ) 義歯(無 ・ 有) 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 経管栄養(胃ろう ・ 経鼻)					
	排 泄	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 オムツの使用(無 ・ 有) 紙パンツ 尿取りパット 排便状況 毎日 ・ 2～3日 ・ 便秘気味					
	入 浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	移 動	独歩 ・ 杖 ・ 手引き ・ シルバーカー ・ 車椅子 ・ ストレッチャー					
	移 乗	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	衣類着脱	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助					
	睡 眠	良眠 ・ 不眠 ・ 不眠気味 眠剤使用(無 ・ 有)					
	行動障害	無 ・ 有 行動内容( )					
	嗜 好	特に無 ・ タバコ ・ 酒 ・ その他( )					
医療行為	無 ・ 有 [インシュリン ・ その他( )]						
申 し 込 み 理 由					部 屋 希 望	Aタイプ Bタイプ Cタイプ	

※介護保険証のコピーを添付して下さい。

※この情報は、当施設にて適切に管理し、外部及び第三者に提供・開示することはありません。