

サービス付き高齢者向け住宅 オ・サーバaioi 入居申込書

対応 状況 欄	申込日	
	受付日	
	担当者名	

本人 の 状 況	フリガナ			性別		
	氏名					
	現住所					
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	(歳)
	要介護認定	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		(認定期間)	年	月	日	～ 年 月 日
	居宅介護 支援事業所 の利用状況	事業所名：				電話：
		担当ケアマネジャー：				
	現在利用中 のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> サービスの利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導				
	医療保険情報	種別			記号・番号	
	年金等	種別	厚生年金・国民年金・その他 () / 年収			万円
	障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	入居希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい				
	他施設への申 込み状況	<input type="checkbox"/> 当施設のみに申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他施設にも申し込んでいる ()				
	身体 の 状 況	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
移動		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 寝たきり	
視力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 人の動きがわかる程度		
聴力		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる		
言語		<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや悪い	<input type="checkbox"/> 聞き取れない		
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()				
医療的処置	既往歴 現在治療中の病名 受診している医療機関					

その他	身元引受人	フリガナ		性別		
		氏名				
		生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日 (歳)
		住所	〒 -			
		電話番号	自宅 携帯			
		メールアドレス				
		本人との関係	<input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> 甥・姪 <input type="checkbox"/> その他 ()			
		連絡可能な時間	<input type="checkbox"/> いつでもよい <input type="checkbox"/> メールでの連絡を希望 <input type="checkbox"/> 勤務時間以外 (時頃) <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 平日以外			

- ※ 個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。入居希望者、身元引受人、ご家族の了承なくお預かりした個人情報を本目的以外に使用することはありません。
- ※ 空室ができ次第入居のご案内をいたします。待つ期間が長くなる場合は、空き状況と申し込み継続の意思確認のために弊事業所から定期的にご連絡させていただきます。
- ※ 申し込みをキャンセルされる場合は、弊事業所までご連絡ください。

サービス付き高齢者向け住宅オ・サーバaioi
TEL 083-902-1250