

体験入居申込書

医療法人財団 百葉の会
百葉メディカルケアセンター
メディカルケアハウス リライフ富士
管理者 殿

提出日：平成 年 月 日



フリガナ
入居者氏名 ⑩

フリガナ
代理人氏名 ⑩

入居者との続柄

入居期間：平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (年・日間)						
生年月日：(明治・大正・昭和) 年 月 日生 (歳) 男・女					介護認定：	
現住所：			電話： ()			
家族の 状況 (近親者)	続柄	氏名	年齢	住所	電話番号	緊急連絡先(職場など)
身体 の 状況	概 況			留 意 事 項 記 入 欄		
	移動	自力で可能・やや不安・不可能				
	食事	自力で可能・やや不安・不可能				
	入浴	自力で可能・やや不安・不可能				
	排泄	自力で可能・やや不安・不可能				
	着脱衣	自力で可能・やや不安・不可能				

- (注) 1. 記入上のお願ひ
- ・各項目毎に該当するところを○で囲んでください。
 - ・日常生活動作の留意事項は出来るだけ具体的に記入してください。
 - ・添付する写真の大きさは縦3cm×横2.4cmくらいのもの。
2. 申込時には、この申込書、診療情報提供書、看護サマリー(入院等をしていた場合)をご提出ください。
3. ご入居及び短期利用料の確定は、申込時の書類一式と面談により決定いたします。
4. 面談の際、介護を要する方は身元引受人とご同行ください。

身 体 の 状 況	生活	活動状況				
		趣味嗜好				
	の 状 況	認知状況	ない・ややある・ある	※認知症状態にある方に関してお答えください。		
			【留意すべき行動内容についてお書き下さい。】			
	の 状 況	健康状況	健康・病弱・持病(病名：)			
			※かかりつけ医、又は現に治療等を受けている医療機関等の診療情報提供書と看護サマリー(入院等をしていた場合)を入居申込書と同時にご提出ください。			
			通院治療中:病名()			
			病院名：			
			最近5年間にかかった病気：			
		身体障害状況	障害の有無(有・無)	障害部位：	障害者手帳の種別(種 級)	
	補装具等	現在使用している補装具等の名称・型式等：				
	入居希望理由 (具体的に)					
	介護サービスへのご要望 (具体的にお書き下さい)					
	自費で設置・購読・購入等を希望するもの	電話・FAX・加湿除湿器・新聞・その他()				
身 元 引 受 人	氏名	本人との関係	住所及び電話番号	勤務先及び電話番号		
			〒 ()	〒 ()		
			〒 ()	〒 ()		
			()	()		

※お客様からいただきました個人情報に関しましては、弊社で責任をもって管理し、第三者への開示や他の目的には使用いたしません