

サービス付き高齢者住宅『タウンコートのぞみ』入居申込書

以下の通り、入居の申し込みをいたします。

↓枠内わかる範囲でご記入をお願いいたします。

申込日	年 月 日				
入居希望日	年 月 日				
希望の 居室	<input type="checkbox"/> Aタイプ 号室				
	<input type="checkbox"/> Bタイプ 号室 一人で利用・二人で利用 (ご夫婦・親子・ご兄弟・その他：)				
	<input type="checkbox"/> Cタイプ 号室 一人で利用・二人で利用 (ご夫婦・親子・ご兄弟・その他：)				
	<input type="checkbox"/> Dタイプ 号室 一人で利用・二人で利用 (ご夫婦・親子・ご兄弟・その他：)				
ペットの有無	<input type="checkbox"/> 有 (犬：小型犬、中型犬まで可)	・ 猫	<input type="checkbox"/> 無し		
フリガナ	性別	生年月日	年齢		
①ご入居者 氏名	男女	S・T 年 月 日生	才		
フリガナ	性別	生年月日	年齢		
②ご入居者 氏名	男女	S・T 年 月 日生	才		
住所	〒				
電話	FAX				
現在 の 状 況	① ご 入 居 者	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 かかりつけ医療機関	病院 (医院) :		
		<input type="checkbox"/> 医療機関に入院中	科	先生	
		通院の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 回)	
		アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (薬物： (食べ物：)	
		精神疾患の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (病名： (症状：)	
		コロナ予防接種歴の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (回目)	
		持病・その他の身体状況			
		介護	<input type="checkbox"/> 申請済み (要介護 ・要支援)	<input type="checkbox"/> 申請していない	<input type="checkbox"/> 申請中
		申請	申請済みの方のみ記入してください 担当ケアマネ 居宅介護支援事業者名： 連絡先☎		
		② ご 入 居 者	<input type="checkbox"/> 在宅生活中 かかりつけ医療機関	病院 (医院) :	
	<input type="checkbox"/> 医療機関に入院中	科	先生		
	通院の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (月 回)		
	アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (薬物： (食べ物：)		
	精神疾患の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (病名： (症状：)		
	コロナ予防接種歴の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (回目)		
	持病・その他の身体状況				
	介護	<input type="checkbox"/> 申請済み (要介護 ・要支援)	<input type="checkbox"/> 申請していない	<input type="checkbox"/> 申請中	
	申請	申請済みの方のみ記入してください 担当ケアマネ 居宅介護支援事業者名： 連絡先☎			

【裏面に続く】

申込にあたり窓口になってくださる方：

ご本人様

ご家族様

申込がご家族の場合のみ記入してください。

フリガナ ご家族様氏名			続柄	
ご家族様住所	〒			
連絡先	電話番号①	連絡がつかない場合②		
備考：入居にあたり、気を付ける点などございましたらご記入ください。				

※面談内容と診断書、情報提供を基に、入居の可否のご連絡をいたします。

【以下、事業所使用欄】

進行 状況	<input type="checkbox"/> 健康診断書提出：	年	月	日	担当サイン：
	<input type="checkbox"/> 入居判定の可否： 可・否	年	月	日	担当サイン：
	<input type="checkbox"/> 入居判定の連絡：	年	月	日	担当サイン：
	<input type="checkbox"/> 入居契約日：	年	月	日	担当サイン：
	<input type="checkbox"/> 入居日：	年	月	日	担当サイン：