

入居及審査申込書

○入居審査申込

下記について異議のない事を認め、介護付有料老人ホームコートローレルに入居審査を申込みます。

申込日 年 月 日

- ・ご本人がご入居を希望されている事が前提となります。
- ・ご本人の身体の状態等、様々な事を伺って審査をさせていただきます。ご諒解をいただき、第三者のお話をお伺いしたり、必要な書類を提出していただく場合がございます。
- ・入居希望者及び身元引受人は、様々な機会に意見・希望を述べる権利があります。
- ・身元引受人は、生活面や金銭面での保証人を兼ねております。身元引受人がおひとりの場合はご相談を承ります。
- ・ご入居の際に、身元引受人の変更がある際にはお申し出下さい。
- ・当該申込書に記載された個人情報、入居前審査及びご入居後の生活支援のために利用し、他の目的には使用しません。

フリガナ		性	
入居希望者氏名	Ⓣ	別	男・女
	(代筆者氏名) 続柄		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		
住所			
住民票住所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> その他:		
電話番号	自宅 () 携帯 () その他連絡先()		
要介護認定	<input type="checkbox"/> 未認定 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 <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		
ご入居の希望日	平成 年 月 日 頃を希望		

フリガナ		続柄	
身元引受人氏名	Ⓣ		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		
住所			
連絡先住所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> その他:		
電話番号	自宅 () 携帯 () その他連絡先()		

フリガナ		続柄	
身元引受人氏名	Ⓣ		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 (満 歳)		
住所			
連絡先住所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ <input type="checkbox"/> その他:		
電話番号	自宅 () 携帯 () その他連絡先()		

○入居申込

審査及協議の結果を踏まえ、上記の内容において介護付有料老人ホームコートローレルに入居を申込みます。

申込日 年 月 日

入居申込者氏名	Ⓣ
	(代筆者氏名) 続柄

介護付有料老人ホーム コートローレル 宛

(2)ご利用者様の病気・けが・医療全般についてご記入ください。

① 現在の病歴について

障害者手帳をお持ちですか。	はい・いいえ	
	「はい」の場合の方の種類・等級	

以下の項目のうち、該当するものがあれば○をお付け下さい。

脳の病気	脳梗塞(多発性/1か所)・脳出血・くも膜下出血・一過性脳虚血発作・脳血管障害 認知症(アルツハイマー・脳血管性・その他) パーキンソン病 その他:
循環器の病気	心筋梗塞・狭心症・不整脈・弁膜症・心不全 その他:
呼吸器の病気	肺炎・喘息・気管支炎・肺気腫・肺線維症・肺結核 その他:
消化器の病気	胃炎・腸炎・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・食道潰瘍・腸閉塞・食道静脈瘤 肝炎(A型・B型・C型)・肝硬変・膵炎・胆石・痔 その他:
腎臓の病気	腎不全・腎結石・腎盂腎炎・糖尿病性腎症 その他:
腫瘍(癌)	部位: 治療:手術・放射線・抗癌剤・その他()
血液の病気	貧血・白血病・輸血の経験(無・有) その他:
運動器の病気や骨折	部位: 手術: 変形性関節症・骨粗鬆症・神経痛・椎間板ヘルニア その他:
皮膚の病気	水虫・ヘルペス・かいせん・湿疹・乾燥 その他:
眼の病気	白内障・緑内障・その他:
心の病気	うつ病・統合失調症・神経症 その他:
生活習慣病	高血圧・高脂血症・糖尿病・動脈硬化 その他:

前記以外の 病気やけが	
前記で○のつ いた個所の処 置方法または 後遺症など (なるべく詳し くお書きくださ い。)	

② 過去の病歴について

過去にかかった病気・けがについてご記入ください。

年	月	病名	病院	治療方法、後遺症など

(3) 現在の主治医について

現在の主治医についてご記入ください。

主治医	病院名： _____ 病院
	診療科目： _____ 科 担当医師： _____ 先生
	病名： _____ 通院・訪問診療頻度： _____

主治医	病院名： _____ 病院
	診療科目： _____ 科 担当医師： _____ 先生
	病名： _____ 通院・訪問診療頻度： _____

主治医	病院名： _____ 病院
	診療科目： _____ 科 担当医師： _____ 先生
	病名： _____ 通院・訪問診療頻度： _____

健康診断書

フリガナ

氏名 _____ (男 ・ 女)

生年月日 M ・ T ・ S 年 月 日 (歳)

現病名

治療経過

既往歴

処方内容

薬剤アレルギー (無 ・ 有 薬剤名 _____)

