

サービス付き高齢者住宅 やわみどり 入居申込書

年 月 日

受付担当者

入居 希望者	フリガナ		年齢		生 年 月 日	明治・大正・昭和
	氏名	印	性別			年 月 日
希望者	住所		現 在 の 状 況	※該当する項目にチェックご記入をお願い致します。		
	電話番号			<input type="checkbox"/> 一人暮らし	<input type="checkbox"/> 夫婦だけの世帯	
				<input type="checkbox"/> 自宅以外で家族と同居		
				<input type="checkbox"/> 施設または病院を利用中		

相 談 者	フリガナ		続 柄	備 考	
	氏名	印			
	住所				
	電話番号				

現 在 の 介 護 サ ー ビ ス	介 護 保 険	《要介護度》自立・未申請・申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
		《有効期限》				
		《居宅介護支援事業所》		《担当者》		
	利 用 サ ー ビ ス	※該当するサービスにチェック及び頻度のご記入をお願い致します。 <input type="checkbox"/> ホームヘルパー(/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ(/週) <input type="checkbox"/> 通所デイサービス(/週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(/月) <input type="checkbox"/> その他				

入 居 希 望 理 由	※該当項目にチェックをご記入をお願い致します。 <input type="checkbox"/> 1人暮らしが不安である。 <input type="checkbox"/> 健康が不安である。 <input type="checkbox"/> 介護が不安である。 <input type="checkbox"/> その他
----------------------------	--

※法人内で、お客様情報を共有することに同意いただけますか？	
同意します	同意しません