

ケア&ナーシング あいら 仮申込書（審査用紙）

申込日

年

月

日

対応者

申込者（入居予定者）	フリガナ				性別	男性・女性	
	氏名				性別	男性・女性	
	生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	年齢	
	住所	〒					
	TEL	(携帯電話)					
	介護度	要介護・要支援	1・2・3・4・5	負担割合	割		
	現況	一人暮らし・同居・病院()・施設()					
	収入	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> その他					
	医療保険種類	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護					
	病名						
	かかりつけ医				相談員		
	現在利用中の介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回程度) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回程度) <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回程度) <input type="checkbox"/> デイケア(週 回程度) <input type="checkbox"/> 小規模多機能(週 回程度) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 回程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 利用していない					
	担当ケアマネジャー	(事業所名)					
身元引受人	フリガナ				性別	男性	続柄
	氏名				性別	女性	続柄
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	
	住所	〒					
	TEL	(携帯電話)					
	勤務先	(TEL)					
その他ご家族	フリガナ				性別	男性	続柄
	氏名				性別	女性	続柄
	生年月日	明治・大正・昭和・平成	年	月	日	年齢	
	住所	〒					
	TEL	(携帯電話)					
申込理由	<input type="checkbox"/> 自宅での生活に不安がある <input type="checkbox"/> 高齢者世帯なので生活に不安がある <input type="checkbox"/> 医療・介護の必要性が高く自宅ではみれない <input type="checkbox"/> 病院や施設の退院・退去のため <input type="checkbox"/> 今の病院・施設に不満がある <input type="checkbox"/> 自宅で受けているサービスに不満がある <input type="checkbox"/> その他()						
備考	情報源／病院からの紹介・施設からの紹介 TV・広告(リビング新聞・南日本新聞・その他広告)・ホームページ・その他() ※ 記載に不備があった場合、受付が出来ずご希望に添えない場合がございます。記載漏れ等無いよう、ご確認宜しくお願い致します。						

【重要】この用紙は、入居を確約するものではありません。当法人の入居判定によっては、入居をお断りする場合があります。また入居判定理由については、お伝えする事はできませんのであらかじめご了承下さい。 医療法人社団 永和会

No. _____

入居判定 可 否