

サ高住 カルム 予約申込書 兼 入居申込書

受付番号	No.
受付日	平成 年 月 日
受付担当者	

申込者記入欄	申込日	平成 年 月 日	住所	〒 -
	ふりがな氏名			
	続柄		連絡先	自宅: 携帯:

入居予定者・本人の状況	ふりがな氏名		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日 才	
			男・女	連絡先	自宅: 携帯:	
	住所	〒 -				
	収入の種類	1. 年金 (国民年金・厚生年金・共済年金) 2. 給与 3. その他()				
	要介護度	申請中	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	保険者番号	
	認定有効期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで	被保険者番号			
	居宅介護支援事業所名		ケアマネ名 連絡先	様	-	-
	居宅サービスの利用状況	なし・あり (ありの方は下記の回数をお答えください)				
		訪問介護 回/週 訪問リハ 回/週 居宅療養管理指導	訪問入浴 デイサービス 福祉用具貸与	回/週 回/週	訪問看護 デイケア 短期入所生活介護	回/週 回/週 回/月
	医療機関受診状況	医療機関名: 主治医:		既往歴(疾患名): 感染症: 無・有 () 認知症: 無・有		
医療行為 (ある場合には番号に○を付けて下さい)	1. 経管栄養 2. 気管切開 3. 持続点滴 4. 人工肛門 5. 人工透析 6. 床ずれ 7. 悪性腫瘍(がん) 8. 糖尿病(食事療法・インスリン療法) 9. たんの吸引 10. 在宅酸素 11. 中心静脈栄養 12. 留置カテーテル 13. 認知症治療 14. 心臓ペースメーカー 15. 特定疾患及び特定疾病					
介護・医療上特記事項						
入居申込み理由						
希望戸建タイプ	A・B・C・D タイプ	入居希望時期	すぐにでも ・ 平成 年 月 頃			
ご家族様 身元引受人様 氏名		性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日 才		
		男	連絡先	自宅:		
		女		携帯:		
		メルアド: @				
住所		〒 -	続柄			

※ 個人情報保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。

※ 入居希望者様または身元引受人様、ご家族様の承諾にない限り、お預かりした個人情報を本利用目的以外に使用することはございません。

※ 本申込書の提出が入居の決定ではございませんのでご注意ください。

入居希望者または身元引受人様のご署名	平成 年 月 日	氏名:	印
--------------------	----------	-----	---