

医療連携 地域優良 サービス付き高齢者向け住宅 滯静庵 入居申込書

以下の通り入居を申し込むとともに、入居の可否を判定する上で必要なお客様の個人情報を関係者から聞き取る事に同意いたします。

<input type="checkbox"/> 入居申し込み者	入居申し込み日	年	月	日
お名前	印	続柄		
ご住所	[住所記号]			
電話番号	【固定電話】		【携帯電話】	

<input type="checkbox"/> 入居希望のお客様	お名前	印	よみがな
	ご住所	[住所記号]	
	性別	男・女	生年月日 大・昭 年 月 日 (歳)
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦だけの世帯 <input type="checkbox"/> ご親族と同居 <input type="checkbox"/> 病院で加療中() <input type="checkbox"/> 施設入居中() <input type="checkbox"/> その他()	
要介護度	自立 申請中 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)		
	被保険者番号		
	要介護認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	居宅支援事業所		
	担当名		
医療	医療機関		
	主治医		
	現在、治療中の病名・既往歴など		

入居希望時期	年 月 頃 ・ できるだけ早く ・ 未定
--------	----------------------------

※入居の決定は申し込み順によるものではありません。

<input type="checkbox"/> 滯静庵記入欄	年 月 日 受付	担当者