



入居申込書

【居室NO. 】

申込日：令和 年 月 日

入居希望者名	(フリガナ)							
性別	男・女	生年月日	大正	昭和	年	月	日 (満 歳)	
現住所	〒	—						
連絡先	自宅				携帯			
お申込者名	(フリガナ)							
住所	〒	—						
連絡先	自宅				携帯			
入居希望者との続柄								
連帯保証人	氏名	(フリガナ)						
	生年月日	昭和	平成	年	月	日	続柄	
	住所	〒	—					
	連絡先	自宅						
		携帯						
	勤め先 (会社名)							
勤め先 (ご住所)	〒	—						
身元引受人	氏名	(フリガナ)						
	生年月日	昭和	平成	年	月	日	続柄	
	住所	〒	—					
	連絡先	自宅						
携帯								

※以下の選択項目については、□欄に✓印 (☑) か、まる (○) で囲んで下さい。

要介護等認定	□認定なし □要支援1 □要支援2			
	□要介護1 □要介護2 □要介護3 □要介護4 □要介護5			
身体障害者手帳	□なし □あり 種別：□1種 □2種			
介護サービス利用	□利用なし			
	□利用あり ・訪問介護 ・デイサービス(通所介護) ・デイケア(通所リハビリ) ※○をつけて 下さい→ ・訪問看護 ・ショートステイ(短期入所) ・その他()			
	居宅介護支援事業所			
	担当ケアマネージャー			
日常生活の状態	移動 ※①と②を ご記入下さい	① □自立 □見守りが必要 □一部に介助が必要 □全部に介助が必要 ② 歩行はどのようにされますか □自立 □つかまり歩き □杖・歩行器使用 □車いす使用		
	食事	① □自立 □見守りが必要 □一部に介助が必要 □全部に介助が必要		
	排泄	① □自立 □見守りが必要 □一部に介助が必要 □全部に介助が必要		
	衣服着脱	① □自立 □見守りが必要 □一部に介助が必要 □全部に介助が必要		
	入浴	① □自立 □見守りが必要 □一部に介助が必要 □全部に介助が必要		
	洗濯・清掃等	① □自立 □見守りが必要 □一部に介助が必要 □全部に介助が必要		
	身体状況	目または耳	□問題ない □やや不安(目・耳) □かなり不安(目・耳)	
		現在治療中の病気	□なし □あり(病名及び病院名)	現在服用中の薬
健康状態	ここ1年間で転倒による受診がありましたか □なし □あり (病院名：) (診断：)			
	ここ5年間以内にかかった病気、その他健康上で気がかりなことがあればご記入下さい。			
当社記入欄	入居希望者氏名 (フリガナ)	性別 男・女	生年月日 大正・昭和 年 月 日 (満 歳)	

※以下の選択項目については、□欄に✓印 (☑) か、まる (○) で囲んで下さい。

収入等の状況 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 年金： <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金(種別： <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 賃料・利子等 <input type="checkbox"/> 仕送り <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> ()		年金の年額： <input type="text"/> 万円
			預 金： <input type="text"/> 万円
料金負担形態	<input type="checkbox"/> 全額ご本人負担 <input type="checkbox"/> 一部縁故者等負担 (負担年額：約 <input type="text"/> 万円) <input type="checkbox"/> 全額縁故者等負担		
	縁故者等が負担の場合	縁故者氏名1	縁故者氏名2
利入居後の ついでに 社サ ご希望ス	居室第1希望 タイプに○をつけて下さい		居室第2希望 タイプに○をつけて下さい
	A・B・C・D・E・F・G・Hタイプ (<input type="text"/> 号室)		A・B・C・D・E・F・G・Hタイプ (<input type="text"/> 号室)
	食事のご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	【 <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> タ 】
	トランクルーム使用のご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	理美容のご希望	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	協力医療機関へ変更のご希望	<input checked="" type="checkbox"/> ありの方のみ 希望される医療機関に✓をつけてください。	<input type="checkbox"/> なつ胃腸内科・歯科クリニック <input type="checkbox"/> 島田脳神経外科 <input type="checkbox"/> 小樽すこやか歯科

※以下は、ご入居後に快適に暮らしていただくためにお答えいただきたいアンケートです
支障のない範囲でお答え下さい。

ご入居を希望された理由	<input type="checkbox"/> 一人暮らしが不安 <input type="checkbox"/> 食事や家事等が負担 <input type="checkbox"/> 家族に迷惑や心配をかけたくない <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)		
趣味 (いくつでも)	<input type="checkbox"/> テレビ (ニュース・スポーツ・ドラマ・バラエティ) <input type="checkbox"/> 映画鑑賞 <input type="checkbox"/> 音楽鑑賞 <input type="checkbox"/> カラオケ <input type="checkbox"/> 俳句・短歌・詩吟 <input type="checkbox"/> 読書 <input type="checkbox"/> 書道 <input type="checkbox"/> 華道 <input type="checkbox"/> 絵画 <input type="checkbox"/> 手芸 <input type="checkbox"/> ガーデニング <input type="checkbox"/> 運動 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)		
職歴 又は生活歴	<input type="checkbox"/> 会社員 <input type="checkbox"/> 自営業 <input type="checkbox"/> 公務員 <input type="checkbox"/> 専業主婦・主夫 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>) ※支障のない範囲で職歴又は生活歴の概要をご記入下さい。		
ご入居後の ご希望や要望	<input type="text"/>		
マイラシック手宮を知ったきっかけ (いくつでも)	<input type="checkbox"/> ケアマネージャー又は知人からの薦めまたは紹介 <input type="checkbox"/> ご家族からの薦め <input type="checkbox"/> バスの車内放送 <input type="checkbox"/> バスの車内広告 <input type="checkbox"/> バスの時刻表広告 <input type="checkbox"/> 新聞 <input type="checkbox"/> パンフレット <input type="checkbox"/> ホームページ <input type="checkbox"/> 建築現場をみて <input type="checkbox"/> その他 (<input type="text"/>)		
当社記入欄	郵便受けNO.	靴箱NO.	トランクNO. 記入者