



申込日：平成 年 月 日

有料老人ホームつむぎ苑 入居申込書

有料老人ホーム つむぎ苑
施設長 金子 康之 様

【申込者】

住所： _____

氏名： _____ 印

有料老人ホームつむぎ苑に入居いたしたく、必要書類を添えて下記の通り申し込みます。なお、この申込書の記載内容が事実と相違するときは、申し込みを無効となることに同意します。

フリガナ				性別	男・女
入居希望者	印				
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日生 (歳)	
要介護認定	自立	要支援 1	・ 2	要介護 1	・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5
現住所	(〒 -)				
電話番号	() -				
入居希望日	平成 年 月 日 ごろを希望します。				
入居希望者の 思い	* 今後の生活など自由に想いを綴ってください。				
ご家族氏名 (ご近親者氏名)	続柄	年齢	現住所		同居・別居
			〒 Tel : () -		同・別
			〒 Tel : () -		同・別
			〒 Tel : () -		同・別

【入居希望者情報記載：必要項目に○で選択し、内容をわかる範囲で記載願います。】

収入	年金（年金の種類： _____ ）・その他収入（収入の種類： _____ ）			
利用料等の 支払い	1. 本人負担	* 2. 3. の縁故負担の場合のみ記入してください。		
	2. 一部縁故負担	縁故者住所： _____		
	3. 全部縁故負担	縁故者氏名： _____ 入居希望者との関係： _____		
現在の状況	1. 持ち家（マンション） 2. 借家 3. 借間 4. その他			
同居の状況	有・無 *有の場合（ _____ 人）			
身体 状況	日常生活	歩行：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 食事：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 入浴：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 排泄：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない 更衣：ア・自分で出来る イ・一部介助が必要 ウ・自分で出来ない		
	健康 状況	疾病（有・無） *有の場合の病名： _____		
		主に通院している病院・医院（有・無） 通院頻度 1. 毎日 2. 週3度 3. 週1度 4. 月1度 5. その他（ _____ ）		
		主に通う病院名： _____		主治医： _____
		所在地： _____		TEL： _____
	身心障がい	（障がい手帳 有 ・ 無）		
障がいの内容	_____			
ペースメーカー	有・無			
必要な医療的処置	インシュリン・人工透析・服薬管理・その他（ _____ ）			
認知症の状況	有・疑い・無（特徴： _____ ）			
特技・趣味	音楽鑑賞・テレビ, 映画鑑賞・囲碁, 将棋・カラオケ・生花・園芸・散歩 その他（ _____ ）			
好きな食べ物	_____			
生活に必要な事	* 例：毎日散歩しないと落ち着かないなど			
身元 保証 人	氏 名	続柄	年齢	住 所 ・ TEL
	<フリガナ>			<フリガナ>
				〒 _____ TEL：（ _____ ） - _____

