

# サービス付き高齢者住宅 ケアホームふじえ 入居申込書

申込年月日 年 月 日

## ● 入居希望者様情報

氏名				性別	男・女	
生年月日	大正・昭和	年	月	日	年齢	歳
ご住所						
ご連絡先	自宅:			携帯:		
ご家族様	氏名:	続柄:	連絡先:			
ご連絡先	氏名:	続柄:	連絡先:			
現在の状況	在宅で生活 ( 独居 ・ 高齢者のみの世帯 ・ ご家族と同居 )					
	入院中 ( 病院名: )					
	施設入所中 ( 施設名: )					
	喫煙 ( あり ・ なし )					

## ● 介護保険等情報

要介護度	自立 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5				
担当ケアマネジャー	事業所名:			担当ケアマネジャー様:	
現在利用中のサービス					

## ● 健康状態・かかりつけ医

かかりつけ医	
既往歴	
現病歴	
必要な医療行為	

【ご要望があればご記入ください】

受付者: \_\_\_\_\_

サービス付き高齢者住宅 ケアホームふじえ

TEL: 084-939-6700 FAX: 084-939-6701