

地域密着型サービス事業所リーベン鎌ヶ谷 認知症対応型共同生活介護
入居申込書 ①

平成 年 月 日

リーベン鎌ヶ谷 地域密着型サービス事業所 認知症対応型共同生活介護への入居を
申込みします。

(フリガナ)

本人氏名

現住所 〒

生年月日

明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)

電話番号

入居を希望する理由

身元引受人 (連絡先・送付先)	(フリガナ) 氏名	続柄
	住所 〒	
	電話番号	

備考 ・ 今後、施設からの連絡は上記の身元引受人の方にさせていただきます。

入居申込書②

記入日 平成 年 月 日

1、基本情報

入居希望者	氏名： _____ 年齢： _____ 歳 男 ・ 女				
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日				
要介護状態 区分	支援1 ・ 支援2 介護1 ・ 介護2 ・ 介護3 ・ 介護4 ・ 介護5				
認知の状況	(詳細が不明の場合は、担当ケアマネジャーにご確認ください。)				
	正常 ・ I ・ IIa ・ IIb ・ III ・ IIIa ・ IIIb IV ・ M				
家族状況	(同居家族)	主介護者	続柄	年齢	職業
	・				
	・				
	・				
	・				
	(同居以外の家族)		続柄	年齢	職業
	・				
	・				
	・				

2、医療情報

病名 (既往症名)	発症年月日	かかりつけの 医療機関	経過 (内服治療中、 経過観察・完治など)
(備考)			

