

仮 申 込 書 (審査用紙)



申し込み日 平成 年 月 日

	申込賃貸住宅名		ココファン深江橋					
	ご希望 部屋	第1希望			第2希望		第3希望	
		階	号室	階	号室	階	号室	号室
申込者(入居予定者)	フリガナ					性別	男性 ・ 女性	
	氏名					年齢	歳	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日	要支援	1 ・ 2	
	住所	〒				要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	電話番号				携帯番号			
	現況	一人暮らし・同居・病院(病院名) ・ 施設(施設名)						
	収入について	給与等収入・年金・その他収入			月収	※だいたいの額で結構です		
	その他資産	(不動産は含まず)						
	現在利用中の介護サービス	<input type="checkbox"/> 利用していない <input type="checkbox"/> 訪問介護(週 回程度) <input type="checkbox"/> デイサービス(週 回程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(利用している福祉用具) <input type="checkbox"/> 訪問看護(週 回程度) <input type="checkbox"/> ショートステイ(月 回程度)						
	現在のかかりつけ医	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ (医療機関名)						
入居経緯	<input type="checkbox"/> 医療福祉 <input type="checkbox"/> 自社HP <input type="checkbox"/> チラシ・ポスティング <input type="checkbox"/> 紹介会社() <input type="checkbox"/> その他							
同居者氏名	フリガナ					性別	男性 ・ 女性	
	氏名					年齢	歳	
	生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日	要支援	1 ・ 2	
	住所	〒				要介護	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
連帯保証人予定の方	フリガナ					性別	男性 ・ 女性	
	氏名					年齢	歳	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	続柄		
	住所	〒						
	電話番号				携帯番号			
	FAX番号				メールアドレス	@		
	勤務先	会社名					役職	
部署						勤続年数		
身元引受人予定の方 <small>(※保証人と同一の場合「同上」)</small>	フリガナ					性別	男性 ・ 女性	
	氏名					年齢	歳	
	生年月日	大正 ・ 昭和 ・ 平成	年	月	日	続柄		
	住所	〒						
	電話番号				携帯番号			
	FAX番号				メールアドレス	@		
申込日	審査日	担当者	部屋番号	契約日	入居日	面接日	面接日	確認日
/	/			/ /	/ /	/	/	/

診 断 書

サービス付き高齢者向け住宅

ココファン深江橋



フリガナ		性別	男性 ・ 女性				
氏名		年齢	歳				
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年	月	日生	自立 / 要支援・要介護		
住所	〒			1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
電話番号			携帯番号				
主病歴 (病歴)							
血圧	通常血圧 / ・ 脈拍 /分			<input type="checkbox"/> 整			
				<input type="checkbox"/> 不整			
感染症等	梅毒反応		結核		MRSA	その他	
	ワ氏(+ ・ -)		有	無	有		無
	TPHA(+ ・ -)		有の場合の所見		有の場合の所見		
	HBS		HCV		皮膚疾患		
	有	無	有	無	有		無
	有の場合の所見		有の場合の所見		有の場合の所見		
認知症	無 ・ 軽 ・ 中 ・ 重						
問題行動	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他						
特別な処置	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> カテーテル() <input type="checkbox"/> その他						
処方							
その他							
平成	年	月	日				
	所在地						
	名称						
	医師名				印		
	電話番号						