

介護付有料老人ホーム M ボヌール入居申込書

施設長 殿

平成 年 月 日

ふりがな		生年	明・大・昭 年 月 日
入居者氏名		男・女	月日 歳
入居者住所	〒		電話番号
要介護区分	要支援 () ・ 要介護 () ・ 未申請 ・ 申請中 (平成 年 月 日) 認定有効期間 : 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 被保険者番号 :		
居宅介護 支援事業所		電話 : FAX :	担当ケアマネジャー
現在の状況	在宅 ・ () に入院・入所している。		
かかりつけ 医療機関	〒	TEL :	担当医名
現症			
入居申込 代理者氏名	ふりがな ()	続柄	
住所	〒	TEL :	FAX :

寝たきり度	J-1,2 A-1,2 B-1,2 C-1,2
認知度	なし・Ⅰ・Ⅱa・b Ⅲa・b Ⅳ V
身体状況	視聴 言語 運動 内部 麻痺 拘縮 褥創 失禁 その他 ()
ADL	
問題行動	攻撃 収集癖 火の扱い 徘徊 不穏 不潔行為 幻覚 幻聴 睡眠障害 異食 その他 ()

事務処理欄	受付日	平成 年 月 日	備考 面談予定日 : 平成 年 月 日 契約日 : 平成 年 月 日 入居予定日 : 平成 年 月 日
	受付方法	来所 郵送	
	受付者		
入居判定 : 入居可 ・ 入居不可 ・ 保留			

FAX : 0 7 8 - 9 0 4 - 7 6 6 0

様式 1-2_Ver.1