

相談受付簿 兼 入居申込書 (仮)

申し込み日	年 月 日	電・来・他 ()
本 人	ふりがな	
	ご氏名	
	生年月日	M・T・S 年 月 日生 ()
	ふりがな	
	ご住所	〒 -
	TEL	() -

申 込 者	ふりがな		続 柄	
	ご氏 名			
	生年月日	M・T・S 年 月 日生 ()		
	ふりがな			
	ご住所	〒 -		
	ご連絡先	① () -		
		② () -		

要介護度	要支援 2・要介護 1・要介護 2・要介護 3・要介護 4・要介護 5
居宅支援事業所	
ケアマネージャー	TEL () -
(相談内容)	
(認知症自立度／寝たきり度)	
(介護サービス利用状況)	
(ADL／IADL 状態)	
(家族構成／介護者状況)	
(経済状況)	

*上記記載内容のほかに介護保険証情報、服薬状況等あれば添付希望します。後日、入居決定時には、必須追加情報として提供希望します。 (令和2年3月Ver)