

# こがケアアベニュー宮ノ陣 入居予約申込書

申込日：                      年                      月                      日

|                       |   |  |   |   |             |
|-----------------------|---|--|---|---|-------------|
| 入<br>居<br>希<br>望<br>者 | ふりがな  |  |   |   |             |
|                       | 氏名  |  |   | 性別： 男 ・ 女   |             |
|                       | 生年月日  | 明治 ・ 大正 ・ 昭和   | 年 | 月   | 日生（      ）歳 |
|                       | 住所  | 〒                      -   |   | 電話番号：                      -                      - |             |
|                       |   | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 施設に入所・入居中      →施設名      (                      )<br><input type="checkbox"/> 医療機関に入院中      →医療機関名(                      ) |   |   |             |
|                       |   | 介護保険      要支援( 1 ・ 2 ) / 要介護( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ) / 申請中(      月      日) / 未申請  |   |   |             |
|                       | 健康状況  | 今かかっている病気：   |   |   |             |
|                       |   | かかりつけ医療機関：   |   |   |             |
|                       |   | 必要な医療処置： <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器                     |   |   |             |
|                       |   | 認知機能低下：      有 ・ 無                      ※有の場合の症状：(                      )  |   |   |             |
| 入居を希望する理由             | コミュニケーション： <input type="checkbox"/> 自己の意志の表現ができる <input type="checkbox"/> 他人の話の内容が理解できる |  |   |   |             |
|                       | 例) ・居住環境の事情により十分な介護が困難なため    ・介護者がいない    など   |  |   |   |             |
|                       |   |  |   |   |             |
|                       |   |  |   |   |             |

|                  |      |   |  |
|------------------|------|---|--|
| ご<br>希<br>望<br>欄 | 居室   | <b>【ご希望の部屋タイプ】</b><br>部屋の広さのご希望がある方は <input checked="" type="checkbox"/> 印を付けて下さい。<br>(ご希望がない場合は無印で)<br><br><div style="text-align: center;">             &lt;      新      棟      &gt;<br/> <input type="checkbox"/> 18㎡    <input type="checkbox"/> 20㎡    <input type="checkbox"/> 28㎡           </div> | ※すぐに入居をご希望の方は、既存棟の入居申込も可能です。ただし、空室待ちになります。<br><br><div style="text-align: center;">             &lt;      既      存      棟      &gt;<br/> <input type="checkbox"/> 18㎡    <input type="checkbox"/> 25㎡    <input type="checkbox"/> 29㎡           </div> |
|                  | 入居時期 | 2019 年      月頃      ※2019年5月以降入居可能  | 年      月頃  |
|                  | その他  |   |  |

○入居希望者と連絡先が異なる場合にご記入ください

|                  |      |                          |   |    |  |
|------------------|------|--------------------------|---|----|--|
| ご<br>連<br>絡<br>先 | ふりがな |                          |   | 続柄 |  |
|                  | 氏名   |                          |   |    |  |
|                  | 住所   | 〒                      - | 電話番号：                      -                      - |    |  |

【お問い合わせ先】こがケアアベニュー 担当／福島・阪原・高田

電話：0942-35-2831(直通)

電話：0942-38-2525    FAX:0942-38-2535