

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 カマガヤ タロウ
鎌ヶ谷 太郎

現住所 〒 273 -
鎌ヶ谷市 町 丁目 番地

生年月日
明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)

電話番号
047 - -

入居を希望する理由

(例) 認知症状が進行し自宅での介護が難しくなってきたため

身元引受人 (連絡先・送付先)	(フリガナ)	続柄
	氏名	子
	住所 〒 - 県 市 町 丁目 番地	
	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： 鎌ヶ谷 太郎		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
	子	✓	妻		主婦
	.				
	.				
	.				
	（同居以外の家族）		続柄	年齢	職業
	.		子		会社員
	.		子の妻		会社員
	.				

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）
症	年 月 日	病院 科	内服治療中
（備考） 年 月にアルツハイマー型認知症と診断あり。			

