

# 体験入居申込書

体験者情報	施設名	有料老人ホームながきの杜	部屋番号		体験希望日	平成 年 月 日	
	フリガナ			印	生年月日	明治・大正・昭和	年齢
	入居者氏名					年 月 日	歳
	現住所	〒					
	電話番号	自宅		携帯			
	介護保険	自立 / 要支援[ 1 ・ 2 ] / 要介護度 [ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ]					
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅					
		<input type="checkbox"/> 病院 病院名：			入院日	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> 施設 施設名：			入所日	年 月 日	
		<input type="checkbox"/> その他：					
病気の状況	現在治療中の病名						
	かかりつけ医						
	今までにかかった病名						
身体状況	食事 (自立・介助必要) 歩行 (自立・杖歩行・車椅子・寝たきり) 排尿・排便 (自立・介助必要・その他( )) 入浴 (自立・介助必要) 認知症 (有・無) その他(食物アレルギー等)：						
体験入居希望理由							
緊急連絡先	フリガナ						
	氏名			印	続柄		
	住所	〒					
	電話番号	自宅		携帯			

## 決済欄

入居の可否：  
 入居居室：  
 入居日：

担当部長	管理者	担当者