令和　　年　　月　　日

入居者様	ふりがな		性別	生年月日	年齢
	氏　名		男・女	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日	歳
	電話番号	－　　－	住所	〒　　－	
	かかりつけ医	医療機関名：		主治医：	
	ケアマネージャー	事業所名：		担当者名：	
	現在の居所	☐ 自宅で一人暮らし　☐ 自宅で家族と同居　☐ 入所中　☐ 入院中　☐ その他（　　）			
	要介護度	☐ 要支援１　☐ 要支援２　☐ 要介護１　☐ 要介護２　☐ 要介護３　☐ 要介護４　☐ 要介護５			
入居申込者	ふりがな			入居希望者との続柄	
	氏　名				
	住　所			電話番号	－　　－
特記事項					