

入居者個人票

記載者

記載日

年 月 日

ふりがな		性別		明治・大正・昭和	年齢
利用者氏名			生年月日	年 月 日	歳
住 所	〒			<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 家族所有 <input type="checkbox"/> 賃貸	年金の種類 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他

ふりがな		続柄	自宅番号		
身元引受人			携帯番号		
住 所	〒			<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 家族所有 <input type="checkbox"/> 賃貸	勤務先
緊急連絡先	氏名	続柄	住所	電話番号	

生活歴	これまでの職業・家庭生活・趣味・習慣など				
現在の生活状況	生活・介護の状況など				

当施設入居前在住場所	施設・医療機関名				
	住所・連絡先				
	入居・入院の期間	平成 年 月頃 ~ 今に至る			

既往歴	年月	病名	その後の状態
	年 月 頃		完治・治療中
	年 月 頃		完治・治療中
	年 月 頃		完治・治療中

入居前のかかりつけ医	診療科目	医療機関名	担当医
	科		
	科		

【ご連絡可能時間帯について】

弊社イリーゼでは、サービス品質向上の為、ご入居後、お客様相談センターよりご連絡等をさせて頂く場合がございます。つきましては、下記ご希望の曜日・時間帯に✓をお願い申し上げます。※複数選択可

【希望曜日】 月曜 火曜 水曜 木曜 金曜 土曜 日曜 祝日

【希望時間帯】 9時～12時 12時～13時 13時～16時 16時～19時 19時以降 終日可

【備考】 ()

ご協力ありがとうございました

HITOWA ケアサービス 株式会社