入居者情報シート（記入例）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

　　　　　　 様　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　更新　R　　年　　月　　日

※緊急連絡先や連帯保証人、支援機関や担当者が変更するときは、必ず不動産業者に連絡してください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居者の基礎情報 | ふりがな |  | | | 性  別 | 男・ 女 | 生年  月日 | S・H  年　　月　　日 |
| 氏名 |  | | |
| 住所 |  | | | | | | |
| TEL |  | | | | | | |
| 特記事項 | 健康状態　： | | | | | | |
|  | | | | | | |
| 服用薬など： | | | | | | |
| 連帯保証人 | 氏名 |  | 住所 | |  | | |
| 関係 |  | TEL | |  | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 |  | 住所 | |  | | |
| 関係 |  | TEL | |  | | |
| 氏名 |  | 住所 | |  | | |
| 関係 |  | TEL | |  | | |

■何かあった時にお願いできる所や人・現在通院や利用している施設など

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 支援者 | 名称 |  |  | 支援者 | 名称 |  |
| 担当者 |  | 担当者 |  |
| TEL |  | TEL |  |
| FAX |  | FAX |  |
| 所在地 |  | 所在地 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 関係行政機関 | 行政機関名 |  |  | 医療機関 | 名称・科 |  |
| 担当者 |  | 担当者 |  |
| TEL |  | TEL |  |
| FAX |  | FAX |  |
| 所在地 |  | 所在地 |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 財産管理者等 | 財産管理者 |  |  | 知人 | 氏名 |  |
| 種類 |  | 関係 |  |
| 担当者 |  | TEL |  |
| TEL/FAX |  | FAX |  |
| 所在地 |  | 所在地 |  |

■訪問体制など

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | サービス提供者／内容 | 連絡先 | 担当者 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

作成者〈所属〉　　　　　　　　　　　〈氏名〉　　　　　　　　　　　　　　　入居希望者本人署名