

ケアハウス 庄の里 入居申込書

申請者	(フリガナ)			続柄	
	氏名:				
	〒	-			
	住所:				
	電話番号	()	-		
携帯電話	()	-			

申込日	平成	年	月	日
-----	----	---	---	---

◇施設記入欄◇

受付日	平成	年	月	日
受付番号				
受付者				

※今後、郵便物等は上記住所(申請者宛)に送付させていただきます。

(フリガナ)					性別	男・女	血液型	A・B・AB・O
入居希望者氏名								
本籍地	都・道・府・県	生年月日	明・大・昭		年 月 日 (歳)			
現住所または現居所	〒 - 《 独居・家族同居()・その他()》							
	電話 () -							
住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て(本人所有・家族所有) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> その他()							
入居者希望者の収入状況	年金恩給	() 恩給・年金	年額合計					円
		() 恩給・年金	年額合計					円
	その他収入	給料・不動産・その他()		年額合計				
身元保証人 (氏名にはフリガナを付して下さい。)	第一身元保証人			第二身元保証人(左とは別世帯者)				
	氏名	(続柄)			(続柄)			
	住所	〒 -			〒 -			
	連絡先	() -			() -			
家族構成 (氏名にはフリガナを付して下さい。)	氏名	続柄	年齢	住所				
								同居・別居
								同居・別居
								同居・別居
								同居・別居
介護	介護度	未申請・自立(非該当)・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						
	担当 ケアマネジャー	氏名:	電話番号	() -				
		事業所名:						
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	手帳の種類						
	障害名	判定	級 / 部位					

健康状態	健全・病弱・通院加療中(病名:)				
	慢性疾患(病名:)				
	最近5年間にかった病気があれば記入してください				
医療	保険種別	国保・社保・共済・後期高齢・その他()			
	主治医		電話番号	() -	
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない (□眼鏡使用)				
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない (□補聴器使用(右・左))				
排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない (□紙パンツ □紙パッド □ポータブルトイレ)				
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない (□杖 □シルバーカー □歩行器 □車椅子)				
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない (アレルギー:)				
歯牙	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 義歯	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない	調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
電話	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし		
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 時々薬を飲む <input type="checkbox"/> 薬を飲まないと眠れない(薬の種類:)				
生活上の不安					
身上状況	趣味		学歴		
	職歴	なし・あり()		結婚	未婚・既婚(死別・離別)
	喫煙	吸う(1日: 本)・吸わない		飲酒	飲む(1日: 本)・飲まない
	宗教			嗜好	
生活暦					
入居希望の理由					
支払者	<input type="checkbox"/> 全額本人負担 <input type="checkbox"/> 一部親族負担 <input type="checkbox"/> 全額親族負担 ※利用料等の支払が一部または全額親族負担の場合は、支払者の氏名・住所をご記入下さい。 氏名 _____ (続柄) _____ 住所 _____				
入居希望時期	<input type="checkbox"/> すぐにでも入居したい <input type="checkbox"/> 平成 年 月ごろまでには入居したい <input type="checkbox"/> 未定				
希望居室等	<input type="checkbox"/> 一人部屋 <input type="checkbox"/> 夫婦部屋(一人部屋×2部屋)				
申込状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる(施設名:)				
(特記事項)					

注意事項・・・①入居希望者や家族、身元保証人等の状況など、入居申込書に記載した事項等に変更が生じた場合は、必ず連絡をして下さい。また、他の施設等に入居が決まった場合や、申込を辞退する際も同様です。
 ②身元保証人は原則、別世帯でお願い致します。
 ③入居希望時期は、入居希望者及び身元保証人の双方同意の上、ご記入下さい。