

入居申込書



社会福祉法人 入野福祉会
ケアハウス大仙 施設長 殿

フリガナ				男・女	明・大・昭	年	月	日生
氏名								(満 歳)
現住所	(〒 -)							
連絡先	〔自宅〕 - -			〔携帯〕 - -				
現在の居場所	1 在宅(現住所地) 2 病院入院中(病院名:) (入院日: 年 月 日) 3 施設入所中(施設名:) (入所日: 年 月 日)							
世帯構成	独居・家族同居・その他	住居状況	持家 (戸建て・アパート・マンション) 賃貸 (戸建て・アパート・マンション・公共住宅・その他) 【家賃月額: 円】					
配偶者	有・無〔死別・離婚・未婚〕			子ども	有〔男 人・女 人〕・無			
同居家族	氏名	年齢	関係	住所	連絡先	職業		
別居家族	氏名	年齢	関係	住所	連絡先	職業		
身元引受人	氏名	年齢	関係	住所	連絡先(自宅/携帯)			
					自宅: 携帯:			
					自宅: 携帯:			
入居希望理由								

施設記入欄 ※こちらへの記入は不要です

申込経路			
受付日	令和 年 月 日	担当者	

収入状況	年金等の収入	種類: 年額: 円	種類: 年額: 円	
		種類: 年額: 円	種類: 年額: 円	
	不動産の収入	①月額 円	②月額 円	
	仕送り等	月額: 円	仕送り者氏名: 続柄:	
	その他の収入			
支出状況	借入金	金額: 円	借入先: 借入期間残 年	
	仕送り等	月額: 円	仕送先: 続柄:	
健康保険	国保・社保・後期高齢者医療・原爆・重度障害医療			
身体の障害	無・有(部位)	手帳の有無	無・有(第種級)	
介護保険	保険者名() 被保険者番号()			
	要介護区分 / 自立・申請中・要支援()・要介護()			
	居宅介護支援事業所または介護予防支援事業所名()			
介護サービス利用状況 *利用している方のみ記入	ヘルパー利用	生活の援助: 週 回 / 身体の援助: 週 回		
	デイサービス利用	週 回	利用先()	
	デイケア利用	週 回	利用先()	
	ショートステイ利用		利用先()	
身体状況①	既往歴	病名		
	通院加療中	病名() 病院名()		
	服薬中の薬			
身体状況②	移動方法	自立・杖使用・歩行器使用・シルバーカー使用		
	入浴動作	自立・見守りが必要・一部介助が必要		
	食事動作	自立・見守りが必要・(注意点:)		
	排泄動作	自立・失禁[毎日・時々・ほとんど無い]・パット、紙パンツ使用[有・無]		
	衣類着脱	自立・手伝いが必要	買物	自立・付添いが必要
	視力	普通・見えにくい・ほぼ見えない	眼鏡	有・無
	聴力	普通・聴こえにくい・ほぼ聴こえない	補聴器	有・無
	金銭管理	自立[通帳管理⇒本人・家族]・一人では難しい	義歯	有・無
	服薬管理	自立・一人では難しい	認知症	有・無・わからない
	睡眠状態	良・普通・眠れない事が多い[眠剤使用の有・無]		
食事アレルギー	有・無	品目()	好物() 嫌いな物()	
食事制限	有・無	カロリー制限 kcal	減塩食・糖尿食・その他()	
生活歴	職業	趣味		
	嗜好品	アルコール[毎日・時々]・煙草[1日に本]		
	性格			