

入居申込書

厳 秘

社会福祉法人 ささゆり会
介護型ケアハウス サンライフ魚崎 施設長 殿

年 月 日

氏名 印

次のとおり介護型ケアハウス入居を申し込みます。

| | | | | |
|------------|------|--|-------|---------------------|
| 利用者 | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 歳 |
| | 氏名 | | 要介護認定 | 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 |
| | | | 男・女 | 配偶者 有・無 |
| | 住所 | | 電話 | |
| 身元保証人 | フリガナ | | 続柄 | 住所 |
| | 氏名 | | | 電話 |
| 居宅介護支援事業所名 | | | 所在地 | |
| ケアマネージャー名 | | | 電話 | |

※保証人の選任が困難な場合はご相談下さい。

| | | | |
|-----------|-------------------------------|-----------|-----------|
| 現在の居所 | ①自宅 ②入院中(病院名:) ③施設等() | | |
| 概略の資産 | 預貯金など: 約 万円 | | |
| 主な収入 | 年金(年金・月額 万円) その他の収入(・月額 万円) | | |
| 健康保険の種類 | 国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 共済組合 ・ その他 | | |
| 施設利用に関する事 | 管理費の支払方法 ①分割月払 ②全額一括 | | |
| | 用料等のお支払い | ①本人お支払い | |
| | | ②一部家族等支払い | お支払い家族等 |
| | | ③全額家族お支払い | お名前 (続柄) |
| 施設への希望 | ご本人 | | |
| | ご家族 | | |

※資産に関して記述したくない場合は、ご記入いただかなくても結構です。

| 主な既往歴 | ① 年頃 | | ② 年頃 | | | |
|---------------|------------------------------|----------------------|---------------|------|---------------|-------|
| | 移動 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | 心的対応 | 性 格 | | |
| 日常生活動作 | 食事 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | 対人関係 | 引っこみ思案・普通・積極的 | |
| | 入浴 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | 精神状態 | 安定・やや不安定・不安定 | |
| | 排泄 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | 判断力 | ・問題なし ・やや心配 | |
| | 着脱衣 | 自立 見守り 一部介助 全介助 | | | ・心配 | |
| | 身体 の 状 況 | 介護が必要になった時期: | | | | |
| かかりつけの医療機関 | | 電話 | 医師名 | | | |
| かかりつけの医療機関 | | 電話 | 医師名 | | | |
| 現在受けている医療・治療 | | 胃ろう インシュリン 透析 その他() | | | | |
| 身体障害者手帳 | | 有・無 | 有の場合 種 級 障害名: | | | |
| 生活歴 | 会社員 公務員 自営業他 | | | | | |
| 趣味等 | | | | | | |
| 心配事 | 被害妄想 昼夜逆転 大声を出す 徘徊 火の不始末 その他 | | | | | |
| | 具体的に | | | | | |
| 申込理由 | | | | | | |
| 家族の 状 況 | 続柄 | 氏名 | 年齢 | 住所 | 職業 | 同居 別居 |
| | | | | | | 同居 別居 |
| | | | | | | 同居 別居 |
| | | | | | | 同居 別居 |
| | | | | | | 同居 別居 |

お願い事項

・各項目毎に該当するところを○で囲む、もしくはご記入下さい