

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			
日常生活動作	移動	自立 見守り 一部介助 全介助	心的対応	性 格		
	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

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