ケアハウス・ブルーさんすい 入居申込書 NO.

	^
NI	11
IV	v

(記入日) 年 月 日

社会福祉法人 三翠会 ケアハウス・ブルーさんすい 施設長 様

<u>入居希望者氏名</u> 印

	ふりがな			男	明治・大正	•昭和		
入居	氏 名			女	年	月	日生(歳)
希望者		Ŧ						
	現住所				TEL			
	氏 名		│ 続 柄		住 所 〒			
身元引受人							TEL	
上記以外の	氏 名		続 柄		住 所 〒		ILL	
近しい親類							TEL	
入居申し込み の理由 (複数可)	理由 口身体的な理由(身体機能の低下、病歴による不安など) 口家族の負担等の軽減のため							
	年 金	年額 約	円 (0をつけ	てくた	ごさい: 国民	厚生 共活	斉 遺族	その他)
昨年の 収入状況	就 労	年額 約	円		侄	東保険	種 別([□に√を)
	家族等の支援	年額 約	円		□社保(本 □後期高齢			果(本人・家族) その他()
	その他	年額 約	円()	□身体障害			を 級)
介護保険 関連	介護認定 (○をつける)	自立 要支援	1 2 要介護	ŧ.	1 2 3	4 5	更新∙∶	変更申請中
	利用サービス	ロデイサービス	・デイケア: 週	回		ホームヘル	√プ∶週	回
	担当ケアマネ	事業所名:		TEL			氏名:	
受診状況・ 病歴など	経過観察・治療中 の疾病	病名:	ì	通院	頻度:	回 / 月	月・週	
	かかりつけ医	医療機関名:		診療	科目:		担当	医:
	病歴	病名:		•	発症年:	年(歳)ごろ
		病名:		:	発症年:	年(歳)ごろ
		病名:		:	発症年:	年(歳)ごろ
	認知症について	 無・ 有(受詞	診済の方は診断結果る	をご言	己入ください	٠:		

■生活状態・日常行動等について

歩 行	自立 ・ 杖歩行 ・ 歩行器 (シルバーカー等)			
食 事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助			
排 泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助			
入 浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助			
更 衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助			
立ち上がり	自立 ・ 見守り ・ 一部介助			
視 力	普通 ・ やや弱視 ・ 弱視			
聴力	普通 ・ やや難聴 ・ 難聴			
食事形態	普通食 ・ 特別食(減塩等:) ・ キザミ食			
服 薬	自己管理 • 一部介助			
嗜好品	タバコ(吸う・吸わない)・飲酒(飲む・飲まない)			
運転免許	なし・ある(現行所有車:自動車・バイク)			

入居の 希望時期	□空き次第すぐに		年	月ごろ以降	口その他(
-------------	----------	--	---	-------	-------	--

【ご注意】

- 1、この申込書は入居を希望される方の心身、生活状態を把握させていただくものです。できるだけ正確に詳しくご記入ください。金額、年代等はおおよそでも結構ですが、必ずご記入ください。
- 2、空室が出ましたら、順次、入居についてご案内し、ご意向を確認の上で、面接をさせていただきます。 連絡先や記載内容、入居時期の希望等に変更がございましたら、当施設までご連絡ください。
- 3、ご入居に際しましては、健康診断書、源泉徴収票あるいは納税証明書などの収入に関する書類のほか 住民票、印鑑登録証などの提出が必要です。