

# ケアハウス小川の里 入居申込書

本日は、お申込みいただきましてありがとうございます。

## 1 入居希望者

ふりがな		男・女	生年月日	□明治 □大正 □昭和	
氏名				年	月
現住所	〒 — TEL:	本籍		都・道 府・県	
現在の生活	□独居 □高齢世帯 □家族同居 □施設 ( ) □病院 ( )				
風呂の希望	□あり □なし □どちらでも		配偶者の有無	□有 □無( : □未婚 □離婚 □死別)	

## 2 身元保証人 緊急時の対応可能者

身元保証人 予定者	氏名	続柄	年齢	住所 〒
				TEL:
上記以外の 近しい親類	氏名	続柄	年齢	住所 〒
				TEL:
緊急時の 体制	氏名	続柄	年齢	住所 〒
				TEL:
該当するものに全てチェックしてください。 □ 対応者が2人以上可能 □ 30分以内に来所が可能 □ 対応者が車を所持 □ 対応者は健康である				

## 3 身体状況について

視力	□ 普通(日常生活に支障なし)		□ ほとんど見えない	
聴力	□ 普通	□ 普通の声はやっと聞こえる	□ 大きな声なら何とか聞き取れる	
歩行	□ 独歩	□ 独歩(補助具を併用)	□ 常時 杖	□ 常時 歩行器
麻痺・拘縮	□ なし	□ 麻痺あり(箇所: )	□ 拘縮あり(箇所: )	
認知症	□ 診断なし	□ 診断なしだが、物忘れあり	□ 診断あり	
自己医療行為	□ なし	□ あり( □ インシュリン注射 □ 導尿 □ ストマ □ その他 )		

## 4 日常生活動作について

15分程続けて歩くことができる	□ できる	□ できない
椅子に座った状態から何もつかまらずに立ち上がれる	□ できる	□ できない
階段を手すりや壁をつたわずに昇れる	□ できる	□ できない
バスや電車で1人で外出している	□ している	□ していない
預貯金の出し入れをしている	□ している	□ していない
この1年間に転んだことがある	□ ない	□ ある
トイレ、入浴、着脱衣、洗面、起床等を補助を必要とせず行える	□ 行える	□ 行えない

(内服薬ある方) 薬の飲み忘れがなく、飲めている	□ できる	□ できない
--------------------------	-------	--------

## 5 医療面について

経過観察・治療中の疾病	病名： 通院頻度： 回/月・週
	病名： 通院頻度： 回/月・週
かかりつけ医	医療機関名： 診療科目：
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

## 6 介護保険の利用状況について

介護認定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 更新・変更申請中
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日 保険者市町村：
既サービス 利用状況	担当ケアマネ： (事業所名： )
	<input type="checkbox"/> 訪問介護(： <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> 食事 ) 週 回
	<input type="checkbox"/> 通所介護 週 回 <input type="checkbox"/> その他 ( )

## 7 障害者手帳の利用状況について

障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( → <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 )
----------	---

## 8 収入状況について

年金	国民・厚生・共済・遺族・障害(該当するものに○をつけてください)	¥ (年)
その他	恩給・給与・不動産収入・利子(該当するものに○をつけてください)	¥ (年)
合計		¥

## 9 生活状況について

嗜好	<input type="checkbox"/> 酒 <input type="checkbox"/> タバコ	宗教		車両等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 自動車 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> セニアカー )
----	---	----	--	-----	--

実子	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	第一子( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	第二子( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )	第三子( <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 )
	所在地	市(町)	市(町)	市(町)

## 10 申込理由

申込理由 (当てはまるものに チェックして ください) ※複数 選択可	<input type="checkbox"/> 一人暮らしの不安から <input type="checkbox"/> 借家等のため <input type="checkbox"/> 生活環境の変化のため <input type="checkbox"/> 家族の負担等の軽減のため <input type="checkbox"/> 身体的な理由(身体機能の低下、病歴による不安)
特記	
入居の希望時期	<input type="checkbox"/> 空きがでたらすぐに入りたい <input type="checkbox"/> 1年程度先 <input type="checkbox"/> 1年以上先
他施設の申込み	<input type="checkbox"/> 申込みしていない <input type="checkbox"/> 申込している ( )
申込後の連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 他 ( )

施設長	相談員	受付者