

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	〒 —		本籍	都・道 府・県	
	TEL:				
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:
緊急時の 体制	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