

ケアハウス入居申込書

令和 年 月 日

申込者 氏名	ふりがな	男・女
住所	〒	
連絡先	ご自宅: 携帯電話:	

※施設からご連絡を指し上げる連絡先です。日中に連絡が取りやすい番号をご記入ください。

ケアハウスに入居したいため、次のとおりに申し込みます。

入居希望者 氏名	ふりがな	男・女
生年月日	大正・昭和 年 月 日生 (歳)	
現住所	〒 電話番号	
介護保険 被保険者番号	要支援/ 介護度区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	保険者 区・市 町・村
ケアマネジャー の有無	なし・あり	事業所名/担当名: 連絡先:
現況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居	
	<input type="checkbox"/> 介護施設に入居中 または 医療施設に入院中 施設/病院名: 年 月頃から	
収入 状況	年収額	おおむね 円/年
	年金	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他()
ご家族 状況	ご家族名	続柄
	住所地(市区町村名まで)	

【施設記入欄】

受付日	令和 年 月 日	受付者	No
-----	----------	-----	----

●入居希望者の医療状況

病気 ケガ歴	例:平成〇〇年頃 肺炎 □□病院 等
現在の医療	<input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ) <input type="checkbox"/> 尿管バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他()
感染症	<input type="checkbox"/> 肝炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 性病 <input type="checkbox"/> その他()

●入居希望者の身体状況(☑と○を記入)

日常生活 動作	移動	<input type="checkbox"/> 歩行(自立・杖・歩行器) <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助)
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛けや見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	排泄	<input type="checkbox"/> トイレ(自立・介助) <input type="checkbox"/> オムツ(昼夜・夜のみ)
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 声掛けや見守りが必要 <input type="checkbox"/> 部分的な介助 <input type="checkbox"/> 全介助
身体 機能	視覚	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大きな字は見える <input type="checkbox"/> 見えづらい
	聴覚	<input type="checkbox"/> 生活に支障なし <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない
	会話 理解	<input type="checkbox"/> 問題なく可能 <input type="checkbox"/> その場のみ可能 <input type="checkbox"/> 会話は難しい
	麻痺等	<input type="checkbox"/> 麻痺はない <input type="checkbox"/> 麻痺がある(右腕・右足・左腕・左足)
精神	認知症	<input type="checkbox"/> なし または年相応 <input type="checkbox"/> 物忘れにより生活に支障がある
	精神疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 疾患はあるが生活に支障なし <input type="checkbox"/> 生活に支障がある

★ ヴィラ美浜を何でお知りになりましたか? → ()