

ケアハウス入居申込書

平成 年 月 日

社会福祉法人 清和園

理事長 清水 一人 様

申込者

印

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	明治・大正・昭和	年	月	日生(歳)
現住所	〒 電話 ()			
本籍地	〒			
介護保険 被保険者番号	要介護度区分			
認定有効期間	平成	年	月	日から
	平成	年	月	日まで
ケアマネジャー の有無	無・有 ()			
現況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 老夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他の者と同居 <input type="checkbox"/> 老人ホームなどの施設に入所 (施設名) <input type="checkbox"/> 病院などの医療施設に入院 (病院名)			
障害者手帳	有 第 種 級 (障害名) 無			
収入状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> 給与 <input type="checkbox"/> 不動産 <input type="checkbox"/> その他 ()			
連絡先	住所	〒 電話 ()		
	氏名	ふりがな	続柄 ()	同居の区分 ・同居 ・別居

【施設記入欄】

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

身体状況調査書

現在の身体状況	病名		
	病院名		
	受診方法	通院 ・ 往診	通院 ・ 往診
	診療開始日	年 月 頃	年 月 頃
	特記事項		

主な病歴	病名		
	病院名		
	受診方法	入院 ・ 通院 ・ 往診	入院 ・ 通院 ・ 往診
	発病	年頃	年頃
	特記事項		

伝染性疾患の有無	有 【MRSA、肝炎、性病、胸部疾患、その他()】 無
医療的処置	<input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()
その他特記事項等	

生活歴 (出生 ・ 学歴) (職歴 ・ 結婚 等)	
-------------------------------------	--