

済生会高齢者ケアセンター

ケアハウス コウソウジュ 公孫樹 入居申込書

写 真
3cm×4cm

社会福祉法人 恩賜 済 生 会 支 部
財団
栃 木 県 済 生 会
ケ ア ハ ウ ス 公 孫 樹
施 設 長 阿 部 裕 一 様

フリガナ

入居申込者氏名

印

次のとおり、ケアハウス公孫樹への入居を申し込みます。

申 込 日

令和

年

月

日

連 絡 希 望 先 (順番が来た際にご連絡します)	本人・家族他 (続柄:)	連絡先	自宅	
	氏 名		携帯	

入居申込者情報(入居希望者)

(フリガナ)			連絡先		自宅	
氏名					携帯	
現住所	〒 -					
生年月日・性別	明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
介護保険情報 ※自立の方は介護度のみ記入して下さい	保険者(市町村名)		被保険者番号			
	交付年月日		令和 年 月 日		認定日	令和 年 月 日
	要介護度		自立		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5	
	認定の有効期間		令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
サービス利用状況 (利用されている方のみ)	居宅サービス		デイサービス 週 回		ホームヘルプ 週 回	
			ショートステイ 週 回		その他()	
	施設サービス		老人保健施設 ・ 療養型医療施設 ・ その他()			
居宅介護支援事業所			担当ケアマネジャー		TEL ()	
家族の状況	主介護者	氏 名	続柄	年齢	住 所	同居別居
収入状況(年額)	生 計	独立・共同		金銭の管理者		本人・その他()
	年 金	国民・厚生・遺族		円		その他収入 円
利用料の支払	1 本人負担 2 一部縁故者 3 全額縁故者 ※該当する数字に○を付けてください ※縁故者が支払う場合 (2もしくは3に○を付けた方は下記に記入して下さい)					
	氏 名				続柄	
入 居 希 望	入居希望日	今すぐ 施設等退居時 その他 (年 月 日頃)				
	居室の希望	一人部屋 夫婦部屋				
	入居希望理由					

日常生活動作	移動 (屋内外)	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助					
		独歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 車椅子					
	食事摂取状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助					
	主食形態	ご飯 ・ 粥 ・ その他 ()					
	副食形態	常食 ・ 刻み ・ その他 ()					
	口腔ケア	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助					
	内服状況	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助					
	入浴	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助					
	排泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助					
		布パンツ ・ オムツ ・ リハビリパンツ ・ 尿取りパット					
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 介助						
健康の状況	通院治療中の病気		ある ・ ない		病 名		
	医療機関名				受診状況		
	病歴・持病	病名:		発 症 年 月 日		(. .)	
		病名:		発 症 年 月 日		(. .)	
		病名:		発 症 年 月 日		(. .)	
		病名:		発 症 年 月 日		(. .)	
	緊急時に診療を希望する病院 (希望のある方のみ)					(病院)	
	その他健康について不安なこと()						
禁食(アレルギー)							
身体障害	有 ・ 無	有りの場合 (部位)		障害者手帳	有 ・ 無	種 級	
精神の状況	正常 ・ 不安定		不安定な方は具体的に ()				
認知症状	診断無し ・ 診断あり		診断名:				
	症状無し ・ 症状あり		具体的な症状:				
嗜好品	飲酒 ・ 喫煙 ・ その他()			趣味・スポーツ他			
住居の状況	現在の住居		持家 ・ 賃貸 ・ 介護施設 ・ その他()				
	現在の住居での問題点						
身元保証人 (1名でも可)	(フリガナ)		続柄		連絡先	自宅	
	氏名					携帯	
	住所	〒 -					
	(フリガナ)		続柄		連絡先	自宅	
	氏名					携帯	
	住所	〒 -					
同意書	入居申込者及び家族の状況把握を行うため、個人情報の取扱いについて市町村、担当 1 ケアマネージャー、他の介護保険施設等からの情報収集を施設が行うことに同意いたします。 入居のための待機期間中に、貴施設以外の施設に入居が決定した場合、また要介護度 2 や連絡先、介護の状況等について変更があった場合は、速やかに貴施設に連絡いたします。 令和 年 月 日 氏 名 印						