

ケアハウス優友

入居申込書

写真
 ・3×3cm
 ・1年以内のもの

平成 年 月 日

利用者	ふりがな	生年月日 明治・大正・昭和		性別	
	氏名	年 月 日 (歳)		男・女	
	住所 (〒 -)		電話		
	ふりがな	生年月日 明治・大正・昭和		性別	
	配偶者の氏名	年 月 日 (歳)		男・女	
希望する部屋		個室 ・ 夫婦室			
申込みの理由					
収入	年金・恩給 その他(年額)	() 年金 円	() 年金 円	他 円	
	動産・不動産 その他の収入(年額)	動産 円	不動産 円	他 円	
利用料の負担	住所 (〒 -)		電話 ()		
	1.全額本人負担 2.全額家族負担 3.一部家族負担		ふりがな	本人との関係	
			氏名		
		負担額 円 (3.一部家族負担の場合)			
利用者の履歴 (学歴・主な職歴)					

日常生活の状況	移動	可能・やや不安・不可能		食事	可能・やや不安・不可能		
	入浴	可能・やや不安・不可能		排泄	可能・やや不安・不可能		
	着替え	可能・やや不安・不可能		身だしなみ	可能・やや不安・不可能		
健康状態	視力	普通・やや悪い・全盲		言語	普通・少し不自由・不自由		
	聴力	普通・やや悪い・難聴		歩行	自力・杖使用・車椅子		
	身体障害	有(部位) ・無		障害手帳	有(種 級) ・無		
	通院治療中						
	病名			病医院名			
親族	氏名		年齢	本人との関係	住所		
身元保証人	ふりがな			生年月日	明治・大正・昭和	性別	
	氏名		印	年	月	日(歳)	男・女
	住所(〒 -)			電話			本人との関係
	勤務先名称						
	勤務先所在地		(〒 -)			電話	

※ 以下は介護認定を受けられている方のみ記入して下さい

介護認定	要支援		1	2	要介護		1	2	3	4	5
	担当介護支援専門員		事業所名								
			氏名								
	利用状況	利	ホームヘルパー	事業所名						1週間に	回
			デイサービス	事業所名						1週間に	回
			訪問看護	事業所名						1週間に	回
			通所リハビリ	事業所名						1週間に	回
通院		医院名						1週間に	回		

(この入居申込書は、入居判定以外には利用しません)