

# ケアハウスあすなろ 入居申込書

申込日 平成 年 月 日
--------------

ケアハウスあすなろ  
 管理者 吉澤 智子 様

申込者 \_\_\_\_\_ (印)  
 (入居希望者との続柄 \_\_\_\_\_ )

貴施設に入居したいので、下記のとおり申し込みします。

ふりなが			性 別	男・女	
入居希望者 氏 名					
生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日 ( 歳)	
現住所	〒 (      -      ) ☎ (      ) -			《独居・家族同居》	
住宅状況	<input type="checkbox"/> 一戸建て (本人所有・家族所有) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> 借家				
入居希望者の収入 状況	年金・恩給	(      ) 恩給・年金	年額	円	
		(      ) 恩給・年金	年額	円	
		(      ) 恩給・年金	年額	円	
	その他の収入	不動産・その他 (      )	年額	円	
身元引受人 (予定者)	氏 名	第一身元引受人		第二身元引受人	
		(続柄      )		(続柄      )	
	住 所	〒 (      -      )	〒 (      -      )		
	連絡先	(      )	(      )		
介 護	要介護度	未申請 ・ 非該当 ・ 要支援 ・ 要介護			
	現在の在宅サ ービス	デイサービス (事業所名 _____ )			
		ホームヘルプサービス (事業所名 _____ )			
		福祉用具レンタル ( _____ )			
		その他 ( _____ )			
		居宅介護支援事業所 ( _____ )			

健康状態	<input type="checkbox"/> 健康 <input type="checkbox"/> 通院治療中（病名 _____）			
	慢性疾患（病名 _____）			
	かかりつけ医：			
視力	<input type="checkbox"/> 見える <input type="checkbox"/> 多少見えにくい <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用			
聴力	<input type="checkbox"/> 聞こえる <input type="checkbox"/> 多少聞こえにくい <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用			
排泄	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ）			
移動	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（ <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子）			
食事	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（アレルギー _____）			
歯牙	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 一部義歯 <input type="checkbox"/> 義歯	買い物	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
入浴	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> できない	金銭管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
更衣	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		調理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
掃除	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> 習慣なし	洗濯	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
物忘れ	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> なし	薬の管理	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
睡眠	<input type="checkbox"/> 眠れる <input type="checkbox"/> 時々薬を飲む <input type="checkbox"/> 薬を飲まないと眠れない（ _____ ）			
趣味・特技				
飲酒	<input type="checkbox"/> 飲む（1日 _____本）	<input type="checkbox"/> 飲まない	喫煙	<input type="checkbox"/> 吸う（1日 _____本） <input type="checkbox"/> 吸わない
申し込み理由	1. 一人暮らしで生活が不安である。    2. 住居が狭い。 3. 家族関係がうまくいかない。    4. 他人の世帯に同居しており気兼ねがある。 5. その他（ _____ ）			
職歴	1. _____    2. _____ 3. _____    4. _____			

備考・・・

- ① ご提出いただいた申込書をもとに、面接をさせていただきます。
- ② 面接後、入居判定会議を開催し入居の可否を決定いたします。
- ③ 入居時に提出して頂く書類（入居決定後、施設から提出依頼をいたしますので、その後ご提出下さい。
  - 1) 前年の収入が分かるもの。（確定申告書の写し、公的年金源泉徴収票、年金振込通知書）  
前年の医療費、介護保険在宅サービスの領収書、住民税の領収書
  - 2) 診療情報提供書（施設様式）
  - 3) 身元引受書（身元引受人印鑑証明添付）
  - 4) 住民票
- ④ 提出された書類に記載された内容の秘密は厳守いたします。
- ⑤ 入居申込書に記載された内容は、入居申込み以外に使用することはありません。