

ケアハウス好日苑（仮）入居申込書

平成 年 月 日

ケアハウス好日苑
 施設長 渡辺 大祐 様

申込者住所
 氏 名 () 印
 電話番号 ()
 入居者との続柄 ()

申込年月日		平成 年 月 日	
入居者	氏名（ふりがな）		現住所 〒 -
			電話 ()
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 生	年齢 歳 性別 男・女
要介護認定情報	<input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		居宅支援事業者
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		障害名・障害の等級等
入居希望時期	<input type="checkbox"/> できるだけ早く入居したい <input type="checkbox"/> 今すぐではないが順番が来たら入居したい <input type="checkbox"/> 当面はいいが数年後には入居したい		
入居希望の理由 該当するものに○ をつけてください。 （複数回答可）	ア. 一人暮らしの不安 イ. 家族に負担をかけたくない ウ. 家族との不和を無くしたい エ. 家族が転勤する オ. 住宅事情による カ. 将来の不安を無くす キ. その他 ()		
日常生活動作	身体状況	移動について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		食事について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		排泄について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		入浴について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		着衣について	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 車椅子	
		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> キザミ	
		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器便器 <input type="checkbox"/> オムツ	

日常生活動作	身体状況	視力について	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> やや見えにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	眼鏡（有・無）
		聴力について	<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 大声でないと聞こえない（右・左）	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない（右・左）	補聴器（有・無）
		言語について	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不自由	会話について		<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> 無口 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不能
精神状況	認知症	記憶障害	<input type="checkbox"/> 記憶がしっかりしている	<input type="checkbox"/> 物忘れ、置忘れが多くなった	<input type="checkbox"/> 最近の出来事が思い出せない	<input type="checkbox"/> 自分の名前が判らない
	行動障害	火の扱い	<input type="checkbox"/> 火をきちんと管理できる	<input type="checkbox"/> 火の不始末をすることがある	<input type="checkbox"/> 火の不始末が時々ある	<input type="checkbox"/> 火の不始末が頻繁にある
		徘徊	<input type="checkbox"/> 徘徊しない	<input type="checkbox"/> 時々、部屋内でうろろする	<input type="checkbox"/> 家中をあてもなく歩き回る	<input type="checkbox"/> 屋外をあてもなく歩き回る
		失禁	<input type="checkbox"/> 誘導せずに自力でトイレに行く	<input type="checkbox"/> 誘導すれば自分でトイレに行く	<input type="checkbox"/> 時々失禁する	<input type="checkbox"/> 常に失禁する
余暇生活	その他	趣味				
		嗜好	飲酒について（1日 合） タバコについて（1日 本）			
		外出	<input type="checkbox"/> 一人で自由に外出できる <input type="checkbox"/> 同行者がいれば外出できる <input type="checkbox"/> 介助なしでは外出できない			
事項		氏名	続柄	同・別居	住所	連絡先（携帯電話）
緊急連絡先	①（主介護者）			同居・別居		(携帯)
	②			同居・別居		(携帯)
	③			同居・別居		(携帯)
利用料の支払いについて		<input type="checkbox"/> 全額本人が払う <input type="checkbox"/> 一部主介護者が払う <input type="checkbox"/> 全額主介護者が払う				
収入状況 (前年分が対象です)		年金・恩給等 (種類)	年額	円		
		財産収入 (種類)	月額	円		
		利子・配当収入 (種類)	年額	円		
		その他の収入 (種類)	月額	円		