

入居申込書

申込日 令和 年 月 日
 受付日 令和 年 月 日

社会福祉法人通津南和会
 ケアハウスつづの里
 施設長 田村 和久 殿

(フリガナ)
 申込者氏名 _____
 (入居希望者との関係: _____)

次のとおり ケアハウスつづの里への入居を申し込みます。 (*印部分は必ずご記入ください。)

*入居希望者	(フリガナ)							
*生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日	*年齢	歳	*性別	男・女
*現住所	〒 _____							
*要介護認定	申請中・自立・要支援(1・2)・要介護度(1・2・3・4・5)							
有効期間	平成・令和	年	月	日	から	令和	年	月 日
介護保険 被保険者証	保険者名	市・町・村			保険者番号			
被保険者 番号								
*入居希望日	・令和 年 月頃 ・急ぎではない ・その他 ()							
*現在の所在	・施設 () ・病院 () ・自宅 ・その他 () ※施設・病院の相談員や居宅のケアマネに情報聴取する場合があります。							

*生活状況	視力	・普通 ・約1mの距離であれば見える ・目の前のものが見える ・ほとんど見えない ・見えているのか判断不能
	聴力	・普通 ・大きな声なら聞き取れる ・ほとんど聞こえない ・聞こえているのか判断不能
	歩行	・歩行補助用具使用（杖・シルバーカー・歩行器・その他） ・独歩 ・できない（車椅子自力、車椅子介助）
	食事	・自立 ・一部介助 ・全介助 <義歯> ・有（・部分： ・総義歯） ・無 <口腔ケア> ・自立 ・一部介助 ・全介助
	入浴	（家庭での入浴） ・自立 ・一部介助 ・全介助
	排泄	・自立 ・一部介助 ・全介助 <場所> ・トイレ・ポータブルトイレ・尿器・（ ） <ケア用品> ・布パンツ・紙パンツ・パット・おむつ・（ ）
	衣服着脱	・自立 ・見守り ・一部介助 ・全介助
	対人関係	・協動的 ・積極的 ・消極的 ・その他（ ）
	性格	・明るい ・気にしやすい ・短気 ・頑固 ・その他（ ）
	精神状態	・安定している ・落ち着かない ・その他（ ）
	物忘れ	・ほぼなし ・時々ある ・しばしばある ・すぐに忘れる
	理解	・できる ・時々できない ・ほとんどできない ・できない
	認知症である症状	・徘徊 ・介護抵抗 ・暴力 ・大声 ・独語 ・収集癖 ・不潔行為 ・夜間不眠 ・その他（ ）
一日の生活等	※一日をどのように過ごされていますか？散歩、テレビ等。	
その他、介護上で困っていること等		

身体状況	* 既往歴	(過去の大きな病気) ※分かる範囲で発症年月日もご記入ください。		
	* 治療中の病名			
	かかりつけ医	(主治医名)		
	* 身体障害	・あり ・なし		
		障害の部位	手帳	種 級
* 福祉・介護 保険サービス	居宅介護支援 事業所	(事業所名)	(担当ケアマネ)	
	利用なし 利用あり	(利用しているサービス・事業所)	(頻度)	
		・	週	回
		・	週	回
		・	週	回
趣味・特技等 (過去・現在)				
* 略 歴 (生活歴・職 歴・社会的活 動等)				
* 入居希望 の理由				

身元保証人 * 第一保証人 (後見責任者)	(フリガナ) 氏 名			続柄	職業	年齢
	住所 〒	-				
					電話番号 ()	
					携帯番号 ()	
第二保証人	(フリガナ) 氏 名			続柄	職業	年齢
	住所 〒	-				
					電話番号 ()	
					携帯番号 ()	
その他の 家族構成 (近親者)	(フリガナ) 氏 名			続柄	職業	年齢
	住所 〒	-				
利用料等 支払者	(フリガナ) 氏 名			続柄	職業	年齢
	住所 〒	-				
備考	1. 本人	保証人以外の縁故者の場合				
	2. 一部縁故者	氏名	続柄	職業		
	3. 全額縁故者	住所 〒	-			

※この入居申込書に記入された入居申込者様及び入居希望者様の同意を得ずに、保険者及び山口県以外の第三者に提供することはありません。