

ケアハウス三喜苑 施 設 長 殿 入 居 申 込 書

フリガナ								性 別	男 ・ 女		
氏 名								配偶者	有 ・ 無		
生年月日		大正 ・ 昭和 年 月 日生						年 齢	歳		
現住所						電話番号					
本籍地						携帯電話					
介護認定		自立 要支援 １ ・ ２		要介護		１ ・ ２ ・ ３		健康保険の 種類			
申 込 者	氏 名	ふりがな		続 柄		年 齢		携帯電話			
	住 所							電話番号			
	勤務先							連絡先			
保 証 人	氏 名	ふりがな		続 柄		年 齢		携帯電話			
	住 所							電話番号			
	勤務先							連絡先			
介 護 サ ー ビ ス	種 類							事業所名			
	種 類							事業所名			
	種 類							事業所名			
日 常 生 活 動 作	移動	自立 杖歩行 歩行器 車いす				入浴		自力 一部介助 全介助			
	食事	自力 一部介助 全介助				更衣		自力 一部介助 全介助			
	排泄	自力 一部介助 全介助				服薬		自力 一部介助 全介助			
健 康 状 態	視力	普通 やや悪い 悪い				言語		普通 やや不自由 不自由			
	聴力	普通 やや悪い 難聴				義歯		あり なし			
	精神疾患 (診断)	なし あり(病名：)				認知症 (診断)		なし あり(病名：)			
	伝染病 疾患	なし あり (病名)									

【申 込 日】 令和 年 月 日

かかりつけ医療機関	通院・投薬中の方は 病名と通院している病院名	病名				
		病院名				
		病院住所				
		病名				
		病院名				
		病院住所				
		病名				
		病院名				
病院住所						
収入	年金・恩給	種類				
		金額(年収又は月額)				
	その他	種類				
		金額(年収)				
ご本人について	性格					
	趣味		嗜好			
	その他 (酒・タバコ等)					
申込理由	1. 身寄りがいない		4. 住宅が本人の状態に合っていない			
	2. 人間関係の問題(家族 ・ 地域)		5. その他			
	3. 支援者がいないため生活に不安がある					
【希望する部屋】 ※希望のお部屋が空くまで、お待ち頂く場合もあります。 ※二人部屋は、空室が無い場合があります。			1階 ・ 2階		個室 ・ 二人部屋	

【申込に際しての注意点】

- ①お申し込みの前に、施設見学をお願いします。ケアハウスについて、ご説明させていただきます。
- ②ご本人が入居について同意されている事が必要です。
- ③保証人1名と緊急時の対応を下さる方が必要です。
- ④精神疾患及び伝染病疾患を有する方については、ご相談ください。

【見学・説明日】

【 署 名 】 ケアハウスを見学し内容の説明を受けました。

令和 年 月 日