

平成 年 月 日

社会福祉法人まき福祉会 ケアハウス白寿荘西（特定施設） 入居申込書

申込者

住 所	〒 ー		
ふりがな 氏 名			入居希望者との続柄
電話番号	自宅	()	
	携帯	()	

貴施設に入居したいので次のとおり申し込みます。

入居希望者 氏 名	(ふりがな)		性 別	男性 ・ 女性	
			生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日
現 住 所	〒 ー Tel ()				
要 介 護 度	要支援 1, 2		要介護 1, 2, 3, 4, 5		
被保険者番号			有 効 期 間	平成 年 月 日～平成 年 月 日	
保険者・番号					
担当介護支援専門員	所 属			氏 名	
現在利用中の サービス	サービス	頻 度		サービス	頻 度
	訪問介護	回/週		訪問看護	回/週
	デイサービス	回/週			
	ショートステイ	日/月位			
入居希望の理由					
収 入	年金・恩給等 (年額)	年金 円	年金 円	円	
	動産・不動産・その他収入 (年額)	動産(配当等) 円	不動産(家賃収入等) 円	円	
利 用 料 の 負 担	※ 2. 3の場合親族(負担者)				
	1. 全額本人負担 2. 一部親族負担 3. 全額親族負担	住 所	〒 ー Tel ()		
		氏 名			続 柄

日常生活動作	移動	自立・見守り・一部介助・全介助				
		独歩 伝い歩き 杖 歩行器 車椅子				
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助・経管栄養				
		食事制限：無・有（ ）				
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助				
		トイレ ポータブルトイレ 尿便器 オムツ				
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助				
一般浴 座浴 寝台浴						
着脱衣	自立・見守り・一部介助・全介助					
整容	自立・見守り・一部介助・全介助					
健康の状況	視力	普通・弱視・全盲	言語	普通・少し不自由・不自由		
	聴力	普通・やや難聴・難聴	意思疎通	可能・時々可能・不可能		
	認知症の有無	無・有（徘徊 昼夜逆転 不潔行為 介護抵抗 暴言・暴力 その他）				
	身体障害	無・有（ ） 身障手帳：無・有（ 種 級：障害名 ）				
	現在治療中の病名		病院名			
	既往歴					
家庭の状況 (近親者)	氏名	続柄	生年月日	住所	電話番号	
身元保証人	氏名		続柄		生年月日	
	住所	〒 -		TEL	()	
	勤務先	TEL ()				
	氏名		続柄		生年月日	
	住所	〒 -		TEL	()	
	勤務先	TEL ()				
留意事項	<p>本入居申込書に記載した事項に変更があった場合、あるいは他の施設等に入居し、申込みをキャンセルする場合は、必ず当施設に連絡してください。</p> <p>【連絡先】 ケアハウス白寿荘西（特定施設） TEL 0256-72-1077 FAX 0256-72-1119</p> <p>担当者 管理者 丹羽朝江 生活相談員 尾暮優子</p>					