

# 特定ケアハウス みたけ 入居申込書

申込み日： 令和 年 月 日

社会福祉法人 東の会  
 特定ケアハウス みたけ 施設長 殿

ふりがな  
 申込者氏名 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_ ( ) \_\_\_\_\_

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者名	ふりがな										
生年月日	明治・大正・昭和			年	月	日生	( )	歳	男・女		
現住所	〒							住民登録地			
	電話 ( )										
被保険者番号 (介護保険)									要介護度	なし・要支援1・要支援2 要介護1・2・3・4・5	
介護認定有効期間	令和 年 月 日					～	令和 年 月 日				
ケアプランの作成者	<input type="checkbox"/> 自分(家族)で作成 ・ 事業者名： <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者に依頼 → 電 話： ( ) <input type="checkbox"/> 無 担当者名：										
身元保証人 ※2名以上記入 ※身元保証人がいない場合は、その理由を記入	続柄	氏名	年齢	住所				同居・別居			
				電話 ( )							
				電話 ( )							
	引受人 がない理由										
本人の状況	身体障害	有・無	有の場合(部位 )				手帳	有(種 級)・無			
	生活保護の受給	有・無	健康保険の種類	(本人・家族)							
	年金等の種類										
	生活歴・その他										
	趣味										
	嗜好	酒(1日 合)・飲まない		タバコ(1日 本)・吸わない							

# 生活健康状況書

介護サービスの利用状況	訪問看護	月	回	デイサービス	月	日		
	訪問介護	月	回	ショートステイ	月	日		
	訪問入浴	月	回	・老人保健施設 ・介護療養型施設	年	月 日～年 月 日		
	訪問リハビリ	月	回		年	月 日～年 月 日		
	通所リハビリ	月	回		年	月 日～年 月 日		
身体 の 状 況	日常生活	日常生活動作	移動	自立・杖歩行・つかまり歩き・車椅子・不可			性格	
			食事	自立・一部介助・全介助			対人関係	拒否的・普通・協調的
			入浴	自立・一部介助・全介助			精神状態	正常 精神障害有
			排泄	自立・一部介助・全介助			精神障害有の場合	
			衣 着 脱	自立・一部介助・全介助			趣味嗜好等	
	健康状況	認知症の状況	なし ・ 軽度 ・ 中度 ・ 重度 ・ 判定不可能					
		中度以上の認知症による問題行動 (右欄の内、概ね1週間以内に1～2回以上出現するものに○)	①自傷行為 ②夜間せん妄 ③興奮 ④大声 ⑤奇声 ⑥徘徊 ⑦攻撃的行為 ⑧不潔行為 ⑨摂食異常 ⑩弄火					
		本人の既往歴	病 名	病院名				
	主治医	病院名	年	月	で	病院に (入院・通院)		
			年	月	で	病院に (入院・通院)		
年			月	で	病院に (入院・通院)			
年			月	で	病院に (入院・通院)			
		( 科)	医師名	連絡先	Tel			
入居希望の理由	(例) ・ 介護者が高齢のため介護が困難 ・ 介護者が就業中のため介護が困難等							
収入状況	年金恩給等	種 類		年額	円			
	給 与	勤務先		年額	円			
	不動産収入	種 類		年額	円			
	その他収入			年額	円			
	借 入 金	金額	円 借入先[ ]		期間[ ]			
利用料等経費支払	1. 本人負担	※ 左記番号のいずれかに○を、2. 3. の場合は下記に記入						
	2. 一部縁故者	縁故者の場合						
	3. 全額縁故者	氏名	住所			続柄[ ]		
		職業						

(注) 1. 記入上の注意 各項目の該当するところにご記入ください。入居希望などで欄が不足する場合は別紙に記入して下さい

入居最終判定には健康診断書(必須診断項目あり)、住民票、前年の収入を証明するものの写し、保証人による身元保証書(原則2名の方)を提出していただき入居判断させていただきます。