

ケアハウス穂波の里 入居申込書

社会福祉法人 坂井輪会

写真

一年以内に撮影のもの

氏名 ㊟

年 月 日

居室の希望	一人居室 ・ 二人居室 洋室 和室			
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日 (才)			
現住所	TEL			
本籍地				
日常生活状況	歩行	室内	自立	杖等補助具使用 要手すり 車椅子
		屋外	自立	杖等補助具使用 要手すり 車椅子
	入浴	自立 見守り 一部介助		
	居室掃除	自立 一部介助		
	洗濯・及び干し	自分で可能 要手助け		
	衣類の整理等	自分で可能 要手助け		
	買い物	自分で可能 要手助け		
健康状況	通院	現在通院していない 自分で可能 要手助け		
	視力	普通 かなり大きい字のみ ほとんどみえない		
	聴力	普通 補聴器使用程度 ほとんど聞こえない		
	通院中の病気	病名	通院先	頻度
		①		
		②		
		③		
	④			

家族の状況	配偶者の有無		あり	なし
	同居家族	氏名	続柄	氏名 続柄
		氏名	続柄	氏名 続柄
		氏名	続柄	氏名 続柄
	別居親族	①氏名	続柄	住所
		②氏名	続柄	住所
		③氏名	続柄	住所
		④氏名	続柄	住所
		⑤氏名	続柄	住所
利用している福祉サービス		デイサービス ・ デイケア ・ ホームヘルパー ・ 訪問看護		
担当ケアマネージャー			要介護認定	有 （ 要支援 1・2・要介護 1 ） 無
収入状況	年金・恩給等	種類	年額	
	給与	年額		
	不動産収入	年額		
	その他	年額		
入居希望理由				
身元引受人 (連帯保証人)	氏名	㊦	本人との続柄	
	住所	(自宅) TEL		
	勤務先名称	(勤務先) TEL		
	氏名	㊦	本人との続柄	
	住所	(自宅) TEL		
	勤務先名称	(勤務先) TEL		

健康診断書

氏名		生年月日	
住所			
現在治療中の傷病名と治療開始時期			
既往歴			
二次感染の有無	結核性疾患（有 無） 精神疾患（有 無） 性病（有 無） 認知症（有 無） 伝染性皮膚疾患（有 無） その他の感染性疾患（ ）		
血圧			
血液検査	HB s MRSA HCV 梅毒		
尿検査	蛋白 糖 ウロビリノーゲン		
血液型			
入居についての主治医の意見（ケアハウスでの生活の可否及び入居にあたっての留意事項）			
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 所在地 医療機関の名称 医師			