

ケアハウスゆりの里入居申込書

令和 年 月 日

ケアハウスゆりの里 施設長 様

申込者
氏名

印

ふりがな 入居者 氏名	(男・女)	生年月日	T・S	年	月	日(歳)
現住所	〒 TEL() -					
身元保証人	氏名	続柄()	勤務先	TEL() -		
	住所		TEL() -			
入居希望 時期	すぐにも 令和 年 月頃					
入居希望理由	(具体的に)					
日常生活 の状況	移動	自立・杖歩行・歩行器・シルバーカー・車椅子				
	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 ((配膳・下膳) 可・不可)				
	食事形態	普通食・特別食()				
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (リハビリパンツ・パット・オムツ)				
	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助 (一般浴槽・特殊浴槽)				
	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助				
	掃除	自立・見守り・一部介助・全介助				
	洗濯	自立・見守り・一部介助・全介助				
	内服の管理	自立・見守り・一部介助・全介助				
	認知症について ない あるいはある(徘徊・昼夜逆転・無気力・暴力・〔その他: 〕)					
身長 cm ・ 体重 kg						
アレルギー	薬品によるアレルギー	有・無	有の場合()			
	食物によるアレルギー	有・無	有の場合()			
趣味 嗜好	趣味					
	飲酒	飲む(頻度:週 日 飲酒量: 位) 飲まない				
	喫煙	吸う(1日: 本/喫煙歴(年) 吸わない				
	運転免許	有・無	車輛の保有	有・無		

健康状態	過去の病歴				
	現在通院及び治療中の病気	現在は通院していない		内服薬の有無	有・無
		病名	病院名		
	精神疾患	有(病名:)・無		感染症	有()・無
	健康面・医療面での配慮等:				
	視力	支障なし・やや悪い・ほとんど見えない・眼鏡使用			
聴力	支障なし・やや悪い・ほとんど聞こえない・補聴器使用				
世帯状況	一人暮らし 老夫婦世帯 子どもと同居している(続柄: 家族数: 人) 主たる介護者の氏名() 本人との関係()				
家族構成	氏名	続柄	年齢	職業	連絡先(携帯番号等)
入居費用ご負担者	ご本人様 ご本人様以外/お名前() 続柄()				
収入の状況	年金・恩給等	種類()	年額	円	
	給与	種類()	年額	円	
	不動産	種類()	年額	円	
	利子・配当金	種類()	年額	円	
	その他	種類()	年額	円	
要介護区分	自立 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 更新申請中・変更申請中				
	担当ケアマネジャー:			支援事業所名:	
在宅サービスの利用状況	ホームヘルパー	事業所名:		週	回利用
	デイサービス	事業所名:		週	回利用
	その他()	事業所名:			
現在の生活で困ること					
これからの生活でやりたいこと					
新型コロナウイルスワクチン予防接種	受けていない 受けている 1回目: 年 月 日 2回目: 年 月 日				