

ケアハウス（特定施設入居者生活介護）入居申込書

ケアハウスあきやま苑あて

年 月 日

申込者	氏名	本人 ・ 家族(続柄:) ・ その他()
	住所	
	連絡先	()

利用者	ふりがな	男	生年月日	明 ・ 大 ・ 昭
	氏名	女	年 月 日	歳
	住所 〒 -		電話	()

要介護状態区分	自立 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
---------	--

連絡先 (緊急時)	氏名	続柄
	住所	
	電話 自宅 ()	携帯

家族の状況	続柄	氏 名	年齢	住 所	職業	同居・別居	備考

現在の状況	1 在宅で生活中	病名
	2 入院中 医療機関名	
	3 施設入所中 施設名	

本人の状況 (該当するものを○で囲んでください)

移動: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他 ()

食事: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
主食 (常食 ・ 粥) 副食 (常菜 ・ きざみ ・ ミキサー)

排泄: 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ おむつ使用 (常時・夜間のみ)

認知症: 有 ・ 無
問題行動: 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他 ()

飲酒: 有 ・ 無

喫煙: 有 ・ 無

感染症: 有 ・ 無

施設への希望	施設処理欄
--------	-------

(裏面に添付書類等の記載があります)

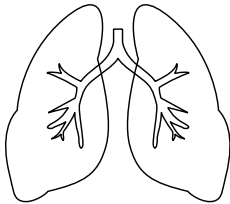
(裏面)

1 添付書類

- ① 介護保険被保険者証の写し（被保険者及び要介護状態区分がわかるもの）又は介護保険資格者証
- ② 健康診断書（用紙は施設にご用意してあります。）

2 この入居申込書の提出をもって、入居が決定するものではありません。後日、面接調査のうえ、入居の決定をいたします。

健康診断書

氏名			生年月日			(歳)
住所						
身長		体重		血圧	/	
視力	(右・左) 普通・弱視	聴力	普通・やや難聴・難聴	言語	普通 障害あり	
尿検査	糖 - ・ +		蛋白 - ・ +	潜血 - ・ +		
ワ氏反応			心電 図	異常なし 異常あり		
X線所見 結核等	 異常なし 異常あり		血液検査	血液型 ()		
				赤血球 ()		
				白血球 ()		
				血小板 ()		
				HBs 抗原 ()		
				HCV 抗体 ()		
				中性脂肪 ()		
				HDL-コレステロール ()		
				LDL-コレステロール ()		
				GOT ()		
				GPT ()		
				y-GTP ()		
				(データ貼付でも可)		
現在の病名 経過及び 治療の概略						
身体上の欠 陥や異常の ある場合は その内容						
上記の通り診断いたします。						
令和 年 月 日						
医療機関所在地						
名 称						
電 話						
医師氏名						
印						