

入居申込書

ケアハウス かつた

(一般・特定入居者生活介護)

申込提出日

年 月 日

入居希望者

氏名			現住所	〒		
生年月日			電話番号			
入居希望の事情						
健康状況	身長		体重		血圧	
	現在、通院、服薬中の方は病名・通院病院名を記載してください。					
	病名:			通院病院名:		
	身体障害			障害手帳	有 ・ 無	
	介護認定			認定年月日		
心身状況	趣味			特技		
	嗜好	お酒	タバコ	その他食べ物		
現在の近親者						
住所		氏名	続柄	年齢	電話番号	
〒						
〒						
〒						
〒						
〒						
利用料及び必要経費の支払方法 1. 全額本人負担 2. 一部近親者が負担 3. 全額近親者が負担 支払い方法(自動振替) 1. 中国銀行 2. ゆうちょ銀行 3. JA晴れの国岡山 負担者 住所 : _____ 氏名 : _____						
入居申込者の収入 1. 収入の種類 _____ 2. 金額(年額) _____						

上記のとおりにつき、入居を申し込みます。

入居申込者

印

入居希望者の状況

生活動作について

・移動	<input type="checkbox"/> 歩行可(杖・歩行器等)	<input type="checkbox"/> 車イス	<input type="checkbox"/> その他()
・食事	<input type="checkbox"/> ご自分で食べられる	<input type="checkbox"/> 介助や声掛けが必要	()
・排泄	<input type="checkbox"/> ご自分で出来る	<input type="checkbox"/> 介助や声掛けが必要	()
・入浴	<input type="checkbox"/> ご自分で出来る	<input type="checkbox"/> 介助や声掛けが必要	()
・整容	<input type="checkbox"/> ご自分で出来る	<input type="checkbox"/> 介助や声掛けが必要	()
・掃除	<input type="checkbox"/> ご自分で出来る	<input type="checkbox"/> 介助や声掛けが必要	()
・洗濯	<input type="checkbox"/> ご自分で出来る	<input type="checkbox"/> 介助や声掛けが必要	()

身体状況について

・視力	<input type="checkbox"/> 見える	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない	<input type="checkbox"/> 見えない
・聴力	<input type="checkbox"/> 聴こえる	<input type="checkbox"/> 聴こえにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど聴こえない	<input type="checkbox"/> 聴こえない
・言葉	<input type="checkbox"/> 話せる	<input type="checkbox"/> 話しにくい	<input type="checkbox"/> ほとんど話せない	<input type="checkbox"/> 話せない

認知症等について

<input type="checkbox"/> 正常	<input type="checkbox"/> 記憶障害	<input type="checkbox"/> 日時がわからない	<input type="checkbox"/> 場所がわからない
<input type="checkbox"/> その他()			