**ケアハウスいずみ苑 入所申込書**

ケアハウスいずみ苑　施設長

申込日　　　　年 　　　月 　　　日

次のとおり、ケアハウスいずみ苑の入所を申し込みます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 入所希望者 | ふりがな | 写真  貼付欄 | | |
| 氏名 |  | | |
| 性別 | □男　　□女　　□その他 | | |
| 生年月日 | □昭和　□平成 　　　年　　　月 　　　日 | | | 年齢 | 歳 |
| 現住所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | | | | | |
| 本籍地 |  | 電話番号 |  | | |
| 携帯電話 |  | ＦＡＸ |  | | |
| 対人関係 | □協調的　　　□普通　　　□苦手 | | | | |
| 性格 |  | | | | |
| 趣味 |  | | | | |
| 嗜好 | □飲酒あり（1日　　　　　合・本・杯）　□飲酒なし  □喫煙あり（1日　　　　　本）　　　　　□喫煙なし | | | | |
| 医療保険 | 国保(後期高齢者)　社保(本人・家族)　生活保護　未加入(該当に○印) | | | | |
| 障害者手帳 | □身体　　□知的　　□精神　　□なし　　　(該当に☑)  （　　　　級・障がい名　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 利用料・経費支払 | □本人負担　　　　□一部縁故者　　　　□全額縁故者 | | | | | |
| 縁故者情報  （住所）〒  （氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄）  （職業）  ※本人負担の場合は、縁故者情報の記入は不要です | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 家族状況 | 氏名（ふりがな） | 年齢 | 続柄 | 同居別居 | 住所 |
|  | 歳 |  | 同・別 | 〒 |
|  | 歳 |  | 同・別 | 〒 |
|  | 歳 |  | 同・別 | 〒 |
|  | 歳 |  | 同・別 | 〒 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康状態 | 現在の健康状態について、あてはまる項目にチェック☑をしてください。  □ 良好である　　□ 普通である　□ 病弱である  □ 認知症状なし　□ 認知症あり（診断名　　　　　　　　　）  □ 認知症状あるが受診したことはない（症状　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 既往歴を記入してください。（結核・喘息・高血圧症・白内障・リウマチ・心筋梗塞・骨折など） | | | | |
| 医療状況 | | □ 人工透析　□ ペースメーカー　□ 尿道カテーテル　□ 在宅酸素  □ インシュリン　□ ストマ(人工肛門)　□ その他（　　　　　　　） | | |
| 通院中の  医療機関名 | |  | 診療科 |  |
| 服薬の有無 | | □ 服薬あり　　□ 服薬なし | | |
| 服薬中の  薬剤名 | |  | | |
| 入所希望者の身体状況について当てはまる項目すべてにチェック☑してください。 | | | | |
| 視力  聴力  言語  歩行  食事  排泄  入浴  衣服着脱 | □ 普通　　　　　□ やや不自由（眼鏡の使用　有 ・ 無　）  □ ほとんど見えない・見えない  □ 普通　　　　　□ やや不自由（補聴器の使用　有 ・ 無　）  □ ほとんど聞こえない・聞こえない  □ 普通　　　　　□ やや不自由　　　　□ 不自由  □ つかまらないでできる 　　　　　　　□ 杖の使用によってできる  □ できない  □ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助  □ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助  □ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助  □ 介助されていない　　□ 一部介助　　□ 全介助 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 前年の収入 | 年金・恩給等 | 円 | 種類（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 財産収入 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 利子・配当  収入 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 不動産・動産  処分収入 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 相続・贈与  による所得 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 前年の必要経費 | 所得税・住民税等の租税 | 円 | 医療費 | 円 |
| 社会保険料  等 | 円 | 薬剤費 | 円 |
| その他 | 円 | 内容（　　　　　　　　　　　　） | |
| 住宅・生活の状況 | 現在のお住まいについて、あてはまる項目にチェック☑をしてください。  □ 民間の借家・賃貸アパート・賃貸マンション  □ 県営住宅・市営住宅  □ 公社・ＵＲ賃貸（旧公団）住宅  □ 自宅（土地は借地）・自宅（土地は自己所有）・分譲マンション  □ 施設（施設名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  → □ 退所の場合に戻れる住宅がある（住宅の形態　 　　　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 世帯構成について、あてはまる項目にチェック☑をしてください。  □ 一人暮らし　□ 高齢者のみの家族　□ 家族と同居  （状況　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 在宅生活の状況に関して当てはまる項目すべてにチェック☑をしてください。具体的な状況は必ず記入してください。  □ 立ち退きを求められている（立ち退き期限　　　　年　　　月　　　日）  □ 住居が2階以上であり、エレベータや階段昇降機等がない  □ 家屋の損傷（雨漏り等）が激しい  □ 見守りがないと不安である  　（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ 買い物ができない、料理が作れない等の理由で、十分な食事がとれていない  　（具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ その他  （具体的な状況　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  □ どれにもあてはまらない | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 身元保証人 | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　） | | |
| 緊急連絡先 | ふりがな |  | 続柄 |  |
| 氏名 |  |
| 住所 | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 〒 |  |  |  | － |  |  |  |  | | | |
| 電話番号 | （　　　　　　） | | |
| 入所希望理由 | 入所したい理由を記入してください。 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| 情報提供同意欄 | 「ケアハウスいずみ苑入所申込書」の提出にあたり、以下の事項について同意する場合は、入所希望者の署名をお願いします。なお同意が得られない場合は、申込みはできません。  1　ケアハウスいずみ苑への入所にあたっては、面接調査、及び必要書類（収入・必要経費の確認資料、健康診断書等）の提出について協力します。  2　ケアハウスいずみ苑は、本申込書に記載された内容及び上記必要書類に関する情報を地域包括や居宅介護支援センターと共有する場合があります。  3　本申込書の記載内容が事実と相違する場合、申込みは無効となります。  **入所希望者署名**  （代筆　　　　　　　　　　　　入所希望者との関係　　 　　　　　） | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 事務所確認 |  |  |  |

2022.11.01作成