

入 居 申 込 書

社会福祉法人 のじぎく福祉会
 ケアハウス すこやか
 施設長 筒井 恵 様

令和 年 月 日

ふりがな		男・女	生 年 月 日	
氏 名			明・大・昭 年 月 日 (歳)	
現住所	(〒 -)		Tel () -	
勤務先	勤務先名		Tel () -	
身 体 状 況 (該当箇所に○)		日常生活動作の状況 (該当箇所に○)		
ア. 身長	cm	ア. 歩 行	独 歩 ・杖使用 ・その他 ()	
イ. 体 重	kg	イ. 排 泄	生活上問題なし・その他 ()	
ウ. 視 力	生活上問題なし・その他 ()	ウ. 炊 事	自 炊 ・家人の援助・その他 ()	
エ. 聴 力	生活上問題なし・その他 ()	エ. 入 浴	生活上問題なし・在宅サービス・その他 ()	
オ. 言 葉	生活上問題なし・その他 ()	オ. 着脱衣	自分で可 ・在宅サービス ・その他 ()	
		カ. 洗 濯	自分で可 ・在宅サービス ・その他 ()	
日中の生活 (番号に○)	ア. 外出 ① 多い ② 時々 ③ めったに出ない イ. 睡眠 ① よく眠れる ② 時々眠れない ③ 夜眠れない ウ. 食欲 ① おいしく食べられる ② たまに食欲がない ③ 食欲がない日が多い			
性 格 (該当箇所すべてに○)	ア. 朗らか イ. 親しみやすい ウ. 几帳面 エ. こり性 オ. 自分のことを気にしやすい カ. 人にとけこめない キ. すき嫌が多い ク. わがまま ケ. 頑固 コ. 短気 シ. 融通がきかない			
対人関係	ア. 拒否的である イ. 普通 ウ. 協調的である (該当箇所に○)			
健康状態	通院中であれば病院名		主治医師名	
	平常時血圧/脈拍 ()		服薬 ア. あり イ. なし	
その他	趣 味 () し 好 * 酒 (1日 合) * タバコ (1日 本)			
要介護認定	・受けていない ・受けている 担当事業所名 担当ケアマネ (① 要支援1 ② 要支援2 ③ 要介護1 ④ 要介護2 ⑤ 要介護3 ⑥ 要介護4 ⑦ 要介護5) ・利用中の在宅サービス (・デイ ・ヘルパー ・その他)			

連帯 保証人	フリガナ		続柄	性別	T・S. 年 月 日生	
	氏名			男・女	Tel. () - 携帯. () -	
	住所	〒				
	勤務先	Tel. () -				
連帯 保証人	フリガナ		続柄	性別	T・S. 年 月 日生	
	氏名			男・女	Tel. () - 携帯. () -	
	住所	〒				
	勤務先	Tel () -				
本人 収入状況	年金・恩給	種類	年額	円		
	〃	種類	年額	円		
	〃	種類	年額	円		
	給与	勤務先	月額	円		
	その他収入					
	氏名	続柄	年齢	住所	同・別居	備考
家族状況 (近親者)						
入居希望 の理由	具体的に 入居希望時期_____頃					
どのような経緯ですこやかを知りましたか ①知人の紹介 () ②ケアマネの紹介 () ③利用中の施設の紹介 () ④福祉事務所の紹介 () ⑤その他 ()						

※上記の内容に相違ありません。

入居者氏名_____印

(空欄のないよう記入して下さい。)

連帯保証人_____印