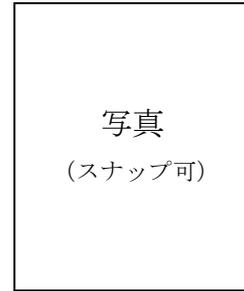


# ケアハウスいしかり 入居申込書

年 月 日

入居希望者 氏名	フリガナ		印
性別	男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日 (満 歳)
現住所	〒		Tel - -
身元保証人	氏名	印	印
	続柄		
	生年月日	年 月 日 ( 歳)	年 月 日 ( 歳)
	住所・電話	〒 Tel - -	〒 Tel - -
	勤務先名 住所 電話番号	名称 〒 Tel - -	名称 〒 Tel - -
年収	約 万円	約 万円	
収入状況	年金	国民年金	年額 円
		厚生年金	年額 円
		共済年金	年額 円
	恩給等	種類	年額 円
	給与	勤務先	月額 円
	不動産収入	種類	月額 円
	利子・配当収入	種類	月額 円
	その他の収入		円
年間収入総額	合計 円		



(様式1-2)

必要経費の 支払方法	1. 年金のみ (全額自己負担) 2. 年金とその他の収入 3. 一部親族負担 (親族負担額 円) 4. 全額親族負担  ※ 3または4の場合 1. 氏名 印 続柄 2. 住所 Tel 3. 負担額 (月額) 円			
	趣味			
趣味・嗜好 生活歴	嗜好 酒 (一日 ) タバコ (一日 本)			
	出身地			
	最終学歴			
	宗教			
	アレルギー 食べ物 ( ) 薬 ( ) その他 ( )			
家族状況	1. 単身 2. 同居 (2の場合、同居人を記入)			
	氏名	生年月日	続柄	職業
家屋状況	1. 持ち家 (本人・家族) 2. 借家 (アパート・マンション) 3. 公営 (市営・道営・公団) 4. その他 (間借り・下宿・その他 )			
日常動作	言語	1. 普通 2. やや不自由 3. 不自由		
	歯	1. 自 歯 2. 義 歯 (一部・全部)		
	視力	1. 普通 2. やや見えにくい 3. 不自由 (めがね使用 有り・無し)		
	聴力	1. 普通 2. やや聞きにくい 3. 不自由 (補聴器使用 有り・無し)		
	移動	1. 自 力 2. 介 助 (一部・全部) 3. 困 難 (杖・歩行器・車椅子) 使用		
	食事	1. 自 力 2. 介 助 (一部・全部) 3. 困 難 ※種類 (常食・粥食) 好き嫌い (有 ・無)		
	入浴	1. 自 力 2. 介 助 (一部・全部) 3. 困 難		
	排泄	1. 自 力 2. 介 助 (一部・全部) 3. 困 難 ※ 用具 オムツ (日中・夜間) パット (日中・夜間) ポータブルトイレ (日中・夜間)		
	着替え	1. 自 力 2. 介 助 3. 困 難		

(様式1-3)

生活	部屋掃除	1. できる 2. 他者がする 3. できない	
	洗濯	1. できる 2. 他者がする 3. できない	
	配膳下膳	1. できる 2. 他者がする 3. できない	
	金銭管理	1. できる 2. 他者がする 3. できない	
	服薬管理	1. できる 2. 他者がする 3. できない	
	その他不自由なこと		
健康状況	既往歴		
	通院状況	病院名 ( ) 病名 ( )	
	現在入院・入所の場合	(病院・施設) 名称 ( )	
保険	健康保険	1. 国民健康保険 (本人・家族) 2. 社会保険 (本人・家族) 3. 後期高齢者医療保険	
	介護保険	未申請・自立・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5	
	身体障害者手帳	種 級 (障害名 )	
在宅福祉サービス		実施機関	回数・時間
	ホームヘルパー		週 回 ( 時間)
	デイケア		週 回 ( 時間)
	デイサービス		週 回 ( 時間)
	ショートステイ		週 回 ( 時間)
	訪問看護		週 回 ( 時間)
	訪問リハビリ		週 回 ( 時間)
	保健師		週 回 ( 時間)
	入浴サービス		週 回 ( 時間)
	配食サービス		週 回 ( 時間)
	その他のサービス		週 回 ( 時間)
入居理由 (具体的に)			

〈問い合わせ・提出先〉

社会福祉法人 ようらくかい 瓊瑠会

ケアハウスいしかり

〒061-3218 石狩市花畔360-26

TEL 0133-75-1101

FAX 0133-75-1102