

ケアハウスいわかがみ 入居申込書

平成 年 月 日

ケアハウス いわかがみ
施設長 殿

フリガナ	性別	生年月日	
ご本人氏名	男 ・ 女	明・大・昭	年 月 日
住所	連絡先		
	電話	()	
	携帯	()	
世帯状況 独居 同居 家族が近隣にいる その他 ()			
申込理由			
フリガナ	性別	生年月日	続柄
代理人氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日	
住所	連絡先		
	電話	()	
	携帯	()	

保証人

フリガナ	性別	生年月日		続柄
氏名	男・女	明・大・昭	年 月 日	
住所	連絡先			
	電話	()		
	携帯	()		
フリガナ	性別	生年月日	続柄	
氏名	男・女	明・大・昭 年 月 日		
住所	連絡先			
	電話	()		
	携帯	()		

緊急連絡先

フリガナ	住所	
氏名		
続柄	電話番号①	電話番号②

現在の日常生活				
歩行	自立	一部介助	全介助	介護度 <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)
食事	自立	一部介助	全介助	
排泄	自立	一部介助	全介助	
入浴	自立	一部介助	全介助	
着脱衣	自立	一部介助	全介助	
現在利用しているサービス	最近5年間の病歴			その他
<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 受けていない	医療機関名 () 担当医師名 () 電話番号 ()			
身体障害				身体の問題点
有	無	部位 () 有の場合) 障害者手帳 種 級		

趣味・娯楽	嗜好品 (1日の消費量をご記入ください)				
	酒 () タバコ () その他 ()				
アレルギー		食事			
有	無	有の場合 ()	好きな食べ物 () 嫌いな食べ物 ()		
性格	普段は	1. 静か	2. にぎやか	3. 普通	主な職歴
	協調性	1. ある	2. ない	3. 普通	
	気は	1. 短い	2. 長い	3. 普通	

施設へのご要望	