

# 東京弘済園ケアハウス入居申込書

(一般型・介護型共通)

※ 受理番号	第	号
--------	---	---

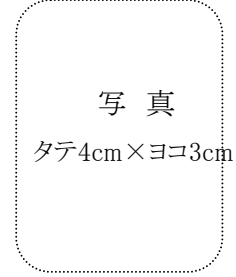
申込日：平成 年 月 日

社会福祉法人 東京弘済園  
ケアハウス 施設長 殿

次のとおり入居を申し込みます。

ふりがな  
申込者 氏名 ⑩

入居者との続柄  
.....  
住 所  
.....  
電 話 番 号  
.....



ご利用者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名	⑩	男・女	明・大・昭	年 月 日
	現住所及び電話番号	〒 ー 電話番号 ( )			
	住居状況	1 持ち家(一戸建て・マンション) 2 賃貸 3 施設や病院に入居(院) 「施設や病院に入居(院)」の方はご記入下さい。 ○施設名又は病院名:( ) ○所在地( )			
	世帯状況	1 単身 2 夫婦 3 家族( )と同居 4 その他( )			
連帯保証人	フリガナ		本人との続柄		
	氏名				
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生	年齢	歳
身元引受人	フリガナ		本人との続柄		
	氏名				
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生	年齢	歳
	電話番号	( )			
※ 連帯保証人と同一の場合は氏名のみご記入下さい。					
要介護認定	未・自立・要支援(1・2)・要介護1・2・3・4・5				
介護支援事業所名					
ケアマネージャー名					
被保険者番号					

収入の状況	年金・恩給等の収入(種類)		年額	円
	地代・家賃等の収入(内容)		年額	円
	利子や配当等の収入(内容)		年額	円
	その他の家族等支援(内容)		年額	円
	合 計 年 収			年額
健康状況	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助歩行 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 杖または歩行器等使用 <input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> つかまり歩行 <input type="checkbox"/> 座位を保てない
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 おむつ使用 ( <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> 常時))	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見えにくい	<input type="checkbox"/> 見えない(左・右)
	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 聞こえない(左・右)
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや不自由	<input type="checkbox"/> 不自由
	意思疎通	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> やや難しい	<input type="checkbox"/> 難しい
	問題行動	<input type="checkbox"/> 徘徊行動 <input type="checkbox"/> 不眠・昼夜逆転 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 被害妄想・せん妄
医療の状況	病 名			
	既 往 歴			
	身障手帳	ない・ある( )		
	主 治 医	医療機関		主治医
※記入不要	* 利用前面談	平成 年 月 日		
	* 体験入居	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	* 利用決定日	平成 年 月 日		
	* 利用開始日	平成 年 月 日		

※ 該当のものを ○で囲んで下さい。 □内にレ印を記入して下さい。