

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
-----	----------	-----	----------

ケアハウスひう入居申込書

ケアハウスひう 施設長 様

貴施設に入居したいので下記の通り申し込みます。

入居希望者氏名	(フリガナ)		性別	上半身正面写真 撮影1年以内のもの															
			男・女																
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日 () 歳																	
現住所	〒 電話番号 () -																		
介護保険	被保険者番号		保険者名	小千谷市(152082)															
	要介護度	☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5																	
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日																	
健康保険	☐ 後期高齢者医療(記号番号) ☐ 国保・社会保険(記号番号)																		
手帳関係	☐ 身体障害者手帳 種 級 () ☐ その他手帳 ()																		
現況	☐ 自宅(単身・同居)																		
	☐ 施設(病院)に入所(入院)中 名称 年 月 日~																		
医療の状況	☐ 経管栄養 ☐ カテーテル ☐ ストマ(人工肛門) ☐ 酸素療法 ☐ インシュリン注射																		
	☐ 透析 ☐ 気管切開 ☐ 感染症(MRSA・緑膿菌・他)																		
	☐ その他()																		
	現在治療中の病気																		
	<table><thead><tr><th>病 名</th><th>入院・通院医療機関名</th><th>期 間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr></tbody></table>				病 名	入院・通院医療機関名	期 間			~			~			~			~
病 名	入院・通院医療機関名	期 間																	
		~																	
		~																	
		~																	
		~																	
既往歴	既往歴																		
	<table><thead><tr><th>病 名</th><th>入院・通院医療機関名</th><th>期 間</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr><tr><td></td><td></td><td>~</td></tr></tbody></table>				病 名	入院・通院医療機関名	期 間			~			~			~			~
	病 名	入院・通院医療機関名	期 間																
			~																
			~																
		~																	
		~																	
日常生活動作	移動	自立(独歩・杖・歩行器・車椅子(自走・介助)・不可	入浴	自立・一部介助・全介助															
	食事	自立・一部介助・全介助	着脱衣	自立・一部介助・全介助															
	排泄	自立(トイレ・ポータブル) 一部介助(トイレ・ポータブル)	起座	自立・一部介助・全介助・不可															
		全介助(トイレ・ポータブル・差込便器等)・おむつ(昼夜)	寝返り	自立・一部介助・全介助・不可															
心身の状況	視 力	普通・見えにくい(左・右)・全盲	歯の障害	無し・一部入歯・総入歯															
	聴 力	普通・聞こえにくい(左・右)・難聴	失 禁	無し・有り															
	会 話	普通・どうか可・不可	床 ず れ	無し・有り															
	意志疎通	普通・やや難しい・不可	問題行動	無し・有り(徘徊・不潔・不眠・暴力)															
特記事項	※身体状況・認知症の問題行動等具体的に																		

家族構成 (同一生計者)	氏 名	続 柄	生 年 月 日	職業(勤務先)・電話番号	備 考
同居して いない扶 養義務者 (本人の子供 親戚等)					
生活歴 及び職歴					
入居申込 理由					
担当介護 支援専門員	氏 名			連絡先	電話 ()
	事業所名				
収 入 状 況	年金・恩給等 (年額)	年金 円	年金 円	年金 円	年金 円
	動産・不動産 (年額)	種類 円	種類 円	種類 円	種類 円
	その他 (年額)	種類 円	種類 円	種類 円	種類 円
身 元 保 証 人	フリガナ 氏 名		性別 男・女	続柄	生年月日 年 月 日 (歳)
	住 所	〒			携帯電話
		TEL			勤務先名 (電話)
	フリガナ 氏 名		性別 男・女	続柄	生年月日 年 月 日 (歳)
	住 所	〒			携帯電話
		TEL			勤務先名 (電話)
	私は、貴施設への入居申込に際し、入居申込みから入居契約までの手続き及び入居決定方法について施設から説明を受けました。なお貴施設が入居決定のため必要な範囲内において、わたし(入居希望者及びその家族)に関する情報を、市町村、担当居宅介護支援事業所、介護保険事業所及び医療機関から収集することに同意します。 令和 年 月 日 入所希望者氏名 ⑩ 身元保証人氏名 ⑩ 身元保証人氏名 ⑩				
	説明確認及び情報収集に係る同意				