

ケアハウス豊寿 利用申込書

利用希望者	フリガナ				生年月日	明治・大正・昭和			性別	男・女	
	氏名				年	月	日生	年齢	歳		
	本籍地						筆頭者				
	現住所						Tel 番号	()	-		
	入院・施設入所・家族宅等、上記の住所地以外にいる場合の滞在先						Tel 番号	()	-		
	要介護認定	1. 受けている		認定結果	非該当 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)						
		2. 受けていない		有効期限	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
	介護保険居宅サービスの利用状況	1. 利用している		1. ホームヘルパー 2. ショートステイ 3. デイサービス							
		2. 利用していない		4. デイケア 5. 福祉用具レンタル 6. その他()							
	居宅介護支援事業所名 (※契約をしている方のみ記載)								担当 ケアマネジャー		
健康状態	1. 健康	身体障害者手帳の有無	1. 有(種 級)		障害名						
	2. 病弱		2. 無								
主な疾病について	病名	かかりつけ医療機関	主治医	発症時期	通院状況	投薬					
					ヶ月に 回	有・無					
					ヶ月に 回	有・無					
					ヶ月に 回	有・無					
					ヶ月に 回	有・無					
					ヶ月に 回	有・無					
申込理由											
身元引受人	フリガナ				年齢	続柄	職業				
	氏名										
	住所						Tel 番号	()	-		

親族 (身元引受人を除く)	1	フリガナ		年齢		続柄		職業	
		氏名							
		住所					Tel 番号	()	—
	2	フリガナ		年齢		続柄		職業	
		氏名							
		住所					Tel 番号	()	—
	3	フリガナ		年齢		続柄		職業	
		氏名							
		住所					Tel 番号	()	—
利用希望者の 収入状況	収入区分	種類	年額		備考				
	年金収入①								
	年金収入②								
	給与収入								
	不動産収入								
	その他								
	合計								
※実際に入居される際には、市町村が発行する前年の所得証明、又は、所得が確認できる書類の提出が必要となります。									
費用負担	1. 全額本人負担 ※2及び3に○をつけた方は、本人以外の費用負担者を以下に記入願います。 2. 一部縁者負担 3. 全額縁者負担 氏名 _____ 続柄 _____								

ケアハウス豊寿 施設長様

上記のとおり、利用希望者の施設利用をお願い致したく、本申込書を提出します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____ 続柄 _____

Tel 番号 () _____

ケアハウス豊寿 利用申込書別紙(待機状況調査票)

本調査票は、利用申込時の待機状況を把握させていただくために、利用申込書と併せてご記入をお願いしております。

つきましては、下記の各項目に必要事項をご記入の上、ご提出下さい。

ご記入にあたって不明な点等ございましたら、当施設相談員までお問合せ下さい。

利用希望者氏名	
---------	--

I. 利用時期の希望について、該当する箇所に○印をつけて下さい。

1. できるだけ早く入居したい。
2. 今すぐではないが、順番が来たら入居したい。

II. 利用希望の種別について、該当する箇所に○印をつけて下さい。

1. ケアハウス(介護なし)の利用を希望する。
2. 特定施設入居者生活介護(介護付)の利用を希望する。
3. 上記のどちらの利用でもかまわない。

※利用希望者様の身体状況等により、ご希望に添えない場合もございますので、予めご承知おき下さい。

なお、施設機能維持のため、ケアハウス(介護なし)部分の対象者につきましては、原則、介護保険認定で非該当の方、もしくはそれと同等の身体状況の方とさせていただきます。ただし、要支援等の状態であっても、概ね自立した生活を送ることが可能である場合は、この限りではありません。

III. 医療行為について、該当する箇所全てに○印をつけて下さい。

1. 下記の医療行為を日常的に受けている。 【 ・経管栄養 ・点滴 ・中心静脈栄養 ・人工呼吸器 ・在宅酸素 ・導尿 ・膀胱留置カテーテル ・ストマ ・痰の吸引 ・インスリン注射 ・透析 ・摘便 】
2. 上記の医療行為については、特に必要ない。

IV. 利用希望者の待機状況について、該当する箇所に○印をつけて下さい。

現在の居所	1. 自宅(持家・借家) 2. 家族宅 3. 入院・入所中(病院・施設名) 4. その他()
世帯状況	1. 独居 2. 高齢者夫婦の世帯 3. 子供と同居 4. その他()

V. 利用希望者の生活及び身体状況等について、該当する箇所に○印をつけて下さい。

食事	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
排泄	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
排泄方法等	1. トイレ 2. ポータブルトイレ 3. オムツ等 4. カテーテル等 5. その他()

入浴	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
入浴場所	1. 自宅 2. 銭湯等 3. デイサービス等 4. その他()
更衣	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
整容	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
歩行	1. 自立 2. 何かにつかまれば可 3. 付添いがいれば可 4. できない
歩行補助具	1. 特に使用せず 2. 杖 3. シルバーカー 4. 歩行器 5. 車いす
移乗	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
麻痺等	1. なし 2. あり【左上肢・左下肢・右上肢・右下肢・その他()】
服薬	1. 自立 2. 見守りが必要 3. 一部介助が必要 4. 全般において介助が必要
視覚	1. 問題なし 2. 少し不自由 3. かなり不自由 4. 全く見えない
眼鏡等	1. 特に使用せず 2. 読書、テレビ鑑賞等の際にのみ使用 3. 日中は常時使用
聴覚	1. 問題なし 2. 少し不自由 3. かなり不自由 4. 全く聞こえない
補聴器等	1. 特に使用せず 2. 補聴器を使用 3. その他()
言語	1. 問題なし 2. 少し不自由 3. かなり不自由 4. 全く話せない
記憶障害	1. 問題なし 2. 何日か経つと忘れる 3. 少し前のことも忘れる 4. 生年月日・年齢がわからない
意思疎通	1. 問題なし 2. やや複雑な内容も可能 3. 簡単な内容であれば可能 4. 不可能
徘徊	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある
昼夜逆転	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある
被害妄想	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある
幻覚・幻聴	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある
感情不安定	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある
暴言・暴行	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある
介護への抵抗	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある
不潔行為	1. なし 2. たまにある 3. 頻繁にある 4. ほぼ毎日ある 5. 1日に何度もある

※ご夫婦でお申込みをされるお客様のみ、以下も併せてご回答願います。

配偶者(夫または妻の)氏名	
---------------	--

VI. 入居時期の意向について、該当する箇所にも○印をつけて、お答え下さい。

- | |
|----------------------------|
| 1. 夫婦の入居時期が同時でなくても問題ない。 |
| 2. 夫婦の入居時期が同時でなければ、入居はしない。 |

VII. 居室に関する意向について、該当する箇所にも○印をつけて下さい。

- | |
|------------------------|
| 1. 夫婦の居室が離れていても問題ない。 |
| 2. 夫婦対応居室でなければ、入居はしない。 |

※ご協力ありがとうございました。