

ケアハウス入居申込書

申込日 令和 年 月 日

フリガナ		性別	男・女	生 年 月 日	大・昭 年 月 日 (歳)
氏 名					
現 住 所		(千 ー)			
連 絡 先		自宅： 携帯：			
世帯構成		独居 家族同居 その他 ()	住居状況	持家 (戸建て・アパート・マンション) 賃貸 (戸建て・アパート・公共住宅 その他) 家賃月額 (円)	
現 在 の 居住場所		1. 在宅 (現在住所) 2. 病院入院中 (病院名：) 入院日： 年 月 日 3. 施設入所中 (施設名：) 入所日： 年 月 日			
身 体 状 況 ①	既往歴	病 名：			
	通院加療中	病 名： 病院名：			
	最近 5 年間にかった主な病気				
	身体の障害	有・無；有の場合 (場所)		身体障害 有 の場合 手帳の有無；有・無 (第 種 級)	
	要介護区分	未申請・自立・要支援 (1・2)・要介護 (1・2・3・4・5)			
担当ケアマネ () 居宅介護支援事業所名；					
身 体 状 況 ②	移動方法	自力で歩行・杖使用・歩行器使用・シルバーカー使用			
	入浴動作	自力で可能・見守りが必要・部分的に手伝いが必要			
	食事動作	自力で可能・見守りが必要 (注意点)			
	排泄動作	自力で可能・手伝いが必要	買 物	自力で可能・付き添いが必要	
	衣類着脱	自力で可能・手伝いが必要	視 力	普通・見えにくい	
	金銭管理	自力で可能・一人では難しい	聴 力	普通・聴こえにくい	
	服薬管理	自力で可能・一人では難しい	認知症	あり・なし・わからない	

収入状況	年金等収入	種類；		年額；		円		
		種類；		年額；		円		
	不動産収入	①月額		円		②月額	円	
	仕送り	月額；		円（仕送り者氏名；		続柄；	）	
	その他収入							
健康保険種類		後期高齢者医療保険 その他（			本人 扶養（被保険者；		続柄	）
身元引受人	氏名	年齢	関係	住所	連絡先（自宅・携帯）			
					自宅；			
					携帯；			
					自宅；			
同居家族	氏名	年齢	続柄	住所	連絡先（携帯）・職業			
				（〒－）	携帯 職業			
				（〒－）	携帯 職業			
				（〒－）	携帯 職業			
介護サービス 利用状況 ※利用している方のみ記入	訪問介護（ヘルパー）		家事援助：週 回／身体介護：週 回					
	通所介護（デイサービス）		週 回（事業所名；					
	通所リハ（デイケア）		週 回（事業所名；					
	短期入所（ショートステイ）		週 回（事業所名；					
申請状況	1.当ケアハウスのみ入所申込							
	2.他ケアハウスに入所申込済（予定）（施設名；							
	3.その他施設に入所申込（予定）（施設名；							

※施設記入欄

申込経路			
受付日	令和 年 月 日	入居申込 受付担当者	