

入居申込書

年 月 日

軽費老人ホーム（ケアハウス）和風荘
 荘長 前田 比呂志 様

タテ 3.5cm 程度
 ヨコ 3cm 程度
 6ヶ月以内に撮
 影した顔写真を
 お貼り下さい。

氏名 印

軽費老人ホーム（ケアハウス）和風荘に入居申し込みます。

生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日 () 歳 男・女					
現住所	〒 電話					
利用料金等 軽費支払	番号のいずれかに○をつけて下さい。 1. 本人負担 2. 一部保証人負担 3. 全額保証人支払					
要介護度	該当するものに○をつけて下さい。 <input type="checkbox"/> 介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 要支援 (1・2) <input type="checkbox"/> 要介護 (1・2・3・4・5)					
	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
	介護認定を受けている方は、該当する箇所に記入（又は○）してください。					
	居宅介護支援事業所	事業所名：		担当者名：		
居室の希望	<input type="checkbox"/> 和室	<input type="checkbox"/> 洋室	<input type="checkbox"/> 問わない	居室の希望	<input type="checkbox"/> 1人部屋	<input type="checkbox"/> 2人部屋
特定契約	<input type="checkbox"/> 特定施設入居者生活介護事業の利用を希望する <input type="checkbox"/> 希望しない ※要介護認定を受けている方のみ対象です					
身元引受人 及び 保証人	氏名	本人との 関係	住所 電話			
	1		自宅	〒	【電話】 【携帯電話】	
			連絡先	【電話】		
	2		自宅	〒	【電話】 【携帯電話】	
		連絡先	【電話】			
その他 (上記にて 連絡が付か ない場合の 連絡先)	氏名	本人との 関係	住所 電話			
	3		自宅	〒	【電話】 【携帯電話】	
			連絡先	【電話】		
	4		自宅	〒	【電話】 【携帯電話】	
		連絡先	【電話】			

身体状況表

身体面	身体の動き等で支障がある部位		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		有の場合 (部位： 身障手帳 <input type="checkbox"/> 有 (種 級) <input type="checkbox"/> 無)		
	歩行	屋内 屋外	<input type="checkbox"/> 独歩	<input type="checkbox"/> 杖歩行	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	
A D L の 状 態	排泄		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()	
			<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> パット使用	<input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> オムツ	
	入浴		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()	
	着脱		<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()	
	食事	形 態	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()
			主食	<input type="checkbox"/> ごはん	<input type="checkbox"/> 粥	<input type="checkbox"/> その他	
	副食	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> その他			
その他	※日常生活上で不安と思われることがありましたら記入してください。						
健康 状 態	①病名						
	①病院名				主治医		
	②病名						
	②病院名				主治医		
既往歴							
I A D L 状 態	薬管理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()		
	掃除	<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	()		
	配膳	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	()		
入所希望の理由 (入居希望時期 等)							
施設記入欄 ※記入しないで下さい							

※ ご記入いただいた個人情報、入居申込に関する業務以外に使用いたしません。また、入居申込みの確認のため、上記連絡先にご連絡させていただくことがあります。