

ケアハウスグリーンパーク習志野 入居申込書

入居希望者
顔写真

6ヶ月以内のもの

3cm × 3cm

社会福祉法人旭悠会

ケアハウスグリーンパーク習志野への入居を申し込みます。

令和 年 月 日

入居希望者 氏名	ふりがな	男・女	介護保険認定状況	
			自立・要支援【 】・要介護【 】	
生年月日	大正・昭和 年 月 日生(歳)		介護保険者： _____ 市・区	
現住所 (居所)	〒	自宅電話		
		携帯電話		
本籍				

申込者 (連絡先)	本人 / 本人以外↓ ※申込者や連絡先が本人以外の場合は、下記に氏名・連絡先を記入してください。 ※郵便物の送付や入所についてのご連絡はすべてこちらになります。		
ふりがな 氏名			続柄：
住所	〒	自宅電話	
		携帯電話	

身元保証人(予定)	第一保証人	ふりがな 氏名		歳	続柄：
		住所	〒		自宅電話 携帯電話
	第二保証人	ふりがな 氏名		歳	続柄：
		住所	〒		自宅電話 携帯電話

お申込みの理由・ご要望等	(できるだけ詳しくお書き下さい)

空室があり次第入居したい。 令和 年 月以降に入居したい。 緊急

生活履歴

ケアハウスグリーンパーク習志野

暮らしの場	<input type="checkbox"/> おひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 同居：同居人数_____人・続柄：
配偶	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (<input type="checkbox"/> 死別 <input type="checkbox"/> 離別)	
ご家族	子供の人数：_____人	兄弟姉妹：_____人
居所	<input type="checkbox"/> 持家(同居含む) <input type="checkbox"/> 借家・賃貸 <input type="checkbox"/> 市・県営住宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院など：	

健康状況

病	現病：病名..... 通院：病院名..... 既往歴：病名.....	
手術	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 歳頃 内容： 歳頃 内容： 体内装置など： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり↓ <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> スtent <input type="checkbox"/> ストーマー <input type="checkbox"/> 人口関節 <input type="checkbox"/> その他	
身体障	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部位：	障害手帳 種 級
精神疾	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名：..... 症状：.....	
認知	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状：	
嗜好	たばこ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり1日 本	お酒： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり1日 合
歩行	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 屋内では安定 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用	
外出	<input type="checkbox"/> ひとりで外出している <input type="checkbox"/> 付添が必要 <input type="checkbox"/> 病院等以外はしていない	
健康上の注意事項	健康上の理由により医師から禁止されていることや、アレルギーなどがあれば、症状 食品名などを具体的に記入してください。 食品：..... 薬品：.....	

利用料(生活費)

負担	<input type="checkbox"/> 1. 全額本人負担 <input type="checkbox"/> 2. 一部縁故者負担 <input type="checkbox"/> 3. 全額縁故者負担 ※上記2. 3. の場合は、下記にご負担者の氏名・連絡先を記入してください。 <small>ふりがな</small> 氏名..... 続柄：..... 〒..... 電話番号： - - 住所	
----	---	--

介護保険の利用状況 利用中 利用なし

居宅介護支援事業所名：		担当ケアマネジャー：
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ショートステイサービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他	

- 1.提出された書類の記載内容(個人情報)は厳守します。
- 2.記入上の注意：去項目の該当する口に✓をつけてください。
記入箇所は具体的な記述をお願いいたします。