【 入 居 申 請 書 】

希望する施設	□　軽費老人ホーム　福海苑　□　ケアハウス　武久苑

※申込希望の施設に☑をお願いします

記入日	令和　年　月　日

社会福祉法人　祥寿園

軽費老人ホーム　福海苑　/　ケアハウス　武久苑

施 設 長　　殿

申請者	

施設入所を希望しますので、申請します。

対象者	氏名	ふりがな			生年月日	□ 大正 □ 昭和	年　月　日	歳	□ 男 □ 女
		漢字							
	住所	〒　－							
	電話	固定			携帯				
	医療保険	□ 後期高齢者医療　割　□ 国民健康保険　割　□ 社会保険　割							
		□ 福祉医療費受給者証　□ 特定疾病受給者証　□ 生活保護受給者証　□ 自立支援医療費受給者証							
	介護保険	介護度	□ 自立　□ 事業対象　□ 要支援1　□ 要支援2　□ 要介護1　□ 要介護2　□ 要介護3						
		負担割	割	ケアマネージャー	事業所		担当者		
	手帳	□ 身体障害者手帳	障害区分				等級	級	
		□ 精神障害者手帳	等級	級	有効期限	令和　年　月　日まで			
		□ 療育手帳	区分	□ A　□ B					
		□ 被爆者手帳							

《 入所調整する際の連絡先 》

連絡先	氏名	ふりがな			生年月日	□ 大正 □ 昭和	年　月　日	歳	□ 男 □ 女
		漢字							
	住所	〒　－							
	電話	固定			携帯				
	続柄								

《 申込理由 》

【 履歴 ・ 収入 ・親族状況 】

生活歴	出生地			＜ 家 系 図 ＞
	兄弟姉妹	人兄弟姉妹の　番目		
	最終学歴			
	結婚歴	□ なし □ あり　（　歳のときに結婚 ）		
	子ども	人 （ 男　人 ・ 女　人 ）		
	生活歴			
	職歴			
	その他	趣味		宗教
		お酒	□ 飲む □ 飲まない	たばこ □ 吸う □ 吸わない

＜前年の収入＞

収入	年金	国民年金	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
		厚生年金	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
		恩給	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
		企業年金	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
		遺族年金	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
		障害年金	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
	その他	日常生活支援給付金	支給頻度	年　回	月額	円	年額	円
		動産・不動産からの収入					年額	円
		利子					年額	円
		その他（　）					年額	円

親族	No.	氏名（ふりがな）	続柄	住所	連絡先
	1			〒　－	
	2			〒　－	
	3			〒　－	
	4			〒　－	

【 身 体 状 況 】

健康面	疾患名						
	既往歴						
	薬情報	※ 薬手帳の写しを添付してください					
	通院先	病院名		診療科		医師	
		受診頻度	□ 年 □ 月 回	備考			
		病院名		診療科		医師	
		受診頻度	□ 年 □ 月 回	備考			
		病院名		診療科		医師	
		受診頻度	□ 年 □ 月 回	備考			
		病院名		診療科		医師	
		受診頻度	□ 年 □ 月 回	備考			
	禁忌	食べ物		症状（ ）			
		薬		症状（ ）			
	その他						

該当する箇所に☑して下さい。

身体状況	食事	制限		形態	
	移動	□ 独歩 □ 杖 □ シルバーカー / 歩行器 □ 安定 □ 不安定			
	排泄	□ トイレ □ 尿器 □ Pトイレ □ 紙パンツ □ パット □ 尿便意あり □ 尿便意なし			
	口腔内	□ 自歯あり □ 自歯なし □ 部分入歯 □ 総入れ歯			
	洗面	□ 自立 □ 声掛け □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
	入浴	□ 自立 □ 声掛け □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
	更衣	□ 自立 □ 声掛け □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
	掃除	□ 自立 □ 声掛け □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
	洗濯	□ 自立 □ 声掛け □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
	薬管理	□ 自立 □ 声掛け □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助			
	視力	□ 支障なし □ 眼鏡 □ 視力障害 （ ）			
	聴力	□ 支障なし □ やや難聴 □ 難聴 □ 補聴器 （ ）			
	意思伝達	□ 問題なし □ 簡単なことに限る □ 難しい			
	意思決定	□ 問題なし □ 簡単なことに限る □ 難しい			
	麻痺	□ なし □ あり （部位: ）			
	拘縮	□ なし □ あり （部位: ）			