【 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	令和〇年〇月〇日

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	山田 太郎

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	やまだ	たろう	生年月日	☐ 大正 ☑ 昭和	20 年 4 月 1 日	81歳	☑ 男 ☐ 女	
		漢字	山田	太郎						
	住所	〒 751-0833 山口県下関市武久町二丁目53番10号								
	電話	固定	(083)253-5333		携帯	090-0000-0000				
	医療保険	☑ 後期高齢者医療 1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	1割	ケアマネージャー	事業所	〇〇地域包括支援センター		担当者	〇〇様	
	手帳	☑ 身体障害者手帳	障害区分	心臓機能障害				等級	1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								

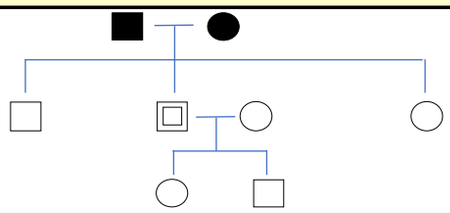
《 入所調整する際の連絡先 》

連絡先	氏名	ふりがな	やまだ	はなこ	生年月日	☐ 大正 ☑ 昭和	50 年 4 月 1 日	51歳	☐ 男 ☑ 女	
		漢字	山田	花子						
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇丁目〇〇番〇〇号 〇〇〇〇アパート 〇〇号室								
	電話	固定	(〇〇〇)〇〇〇-〇〇〇〇		携帯	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
	続柄	長女								

《 申込理由 》

物忘れがあり、一人での生活で火の始末や薬の管理などが徐々に難しくなってきているため

【 履歴 ・ 収入 ・親族状況 】

生活歴	出生地	○○県○○市	＜ 家 系 図 ＞	
	兄弟姉妹	3人兄弟姉妹の2番目		
	最終学歴	高校卒業		
	結婚歴	☐ なし ☑ あり （23歳のときに結婚 ）		
	子ども	2 人 （ 男 1 人 ・ 女 1 人 ）		
	生活歴	高校卒業後、仕事をしながら実家で生活していた。23歳で結婚し実家を出る。 両親は○○歳のときに死別。○○歳の時に妻と死別。その後、一人で長男、長女を育てながら生活。 ○○歳より独居生活となり、現在に至る		
	職歴	○○会社（高校卒業～30歳まで） ○○会社（30歳～60歳） ○○会社（60歳～70歳まで）		
	その他	趣味：カラオケ、ゴルフ、映画鑑賞	宗教：浄土真宗	
		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 6 回	月額	100,000 円	年額	1,200,000 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

	No.	氏名（ふりがな）	続柄	住所	連絡先
親族	1	やまだ はなこ 山田 花子	長女	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○丁目○○番○○号 ○○○○アパート ○○号室	(○○○)○○○-○○○○ ○○○-○○○○-○○○○
	2	やまだ じろう 山田 次郎	長男	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○丁目○○番○○号	(○○○)○○○-○○○○ ○○○-○○○○-○○○○
	3	たなか うめこ 田中 梅子	孫	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○丁目○○番○○号	(○○○)○○○-○○○○ ○○○-○○○○-○○○○
	4	やまだ さぶろう 山田 三郎	孫	〒 ○○○-○○○○ ○○県○○市○○町○丁目○○番○○号	(○○○)○○○-○○○○ ○○○-○○○○-○○○○

【 身 体 状 況 】

健康面	疾患名	慢性心不全、高血圧症、2型糖尿病、慢性腎不全、骨粗鬆症、高脂血症、両眼白内障 ペースメーカー植込後、脳梗塞後遺症（右片麻痺）、脊柱管狭窄症、左膝人工骨頭置換術後				
	既往歴	狭心症、心不全（ペースメーカー植込術　平成〇〇年〇〇月　〇〇病院にて） 高血圧症（〇〇年）、2型糖尿病（〇〇年）、心原性脳塞栓症（〇〇年〇〇月　〇〇病院にて） 両眼白内障（〇〇年）、骨粗鬆症（〇〇年）、脊柱管狭窄症（〇〇年） 左膝変形性膝関節症（〇〇年〇〇月　〇〇病院にて人工骨頭置換術）				
	薬情報	※　薬手帳の写しを添付してください				
	通院先	病院名	〇〇病院	診療科	循環器内科	医師　〇〇　〇〇　医師
		受診頻度	□　年　☑　月　1　回	備考	家族付き添い	
		病院名	〇〇病院	診療科	ペースメーカー外来	医師　〇〇　〇〇　医師
		受診頻度	☑　年　□　月　2　回	備考	半年に1回	
		病院名	〇〇眼科	診療科	眼科	医師　〇〇　〇〇　医師
		受診頻度	□　年　☑　月　1　回	備考	付き添いなし	
		病院名	〇〇整形外科	診療科	整形外科	医師　〇〇　〇〇　医師
		受診頻度	□　年　☑　月　1　回	備考	付き添いなし	
	禁忌	食べ物	サバ	症状（発疹　）		
		薬	カロナール錠	症状（下痢、吐き気、発疹、食欲不振　）		
	その他	献体希望あり（白蘭会登録済み） 感染症（B型肝炎がある）				

該当する箇所に☑して下さい。

身体状況	食事	制限	心臓病食　塩分6g未満	形態	米飯、荒刻み食
	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　上：部分入れ歯、下：自歯あり			
	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　（両目白内障があり、見えずらいが日常生活には支障なし）			
	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：右片麻痺　）			
	拘縮	☑　なし　□　あり　（部位：　）			