

(様式1)

ケアハウスはあとびあ入居申込書

申込日	令和 年 月 日	受付日	令和 年 月 日
受付番号		受付者名	

ケアハウスはあとびあ施設長 殿

入居希望者(連絡先)

住所	〒 -		
(フリガナ)氏名	電話番号		
	FAX・E-メール		

次のとおりケアハウス入居を申し込みます。

居室の希望		一人部屋 ・ 二人部屋			写 真											
入居希望者の状況	性別	男・女	年齢	歳												
	生年月日	大・昭 年 月 日														
	住民登録															
年金等	種別															
障害手帳等	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ↳手帳の種類 _____ (障害名・部位) (判定 級(度) 年 月 日)															
要介護認定	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ↳要介護度 _____ (認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日)															
住居の状況	<input type="checkbox"/> 病院等に入院(入居)している <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等に入居(入居)している <input type="checkbox"/> 自宅で暮らしている (病院・施設に入院(入居・入居)している場合) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>施設名又は病院名(所在地)</td> <td>_____ 市・区・町・村</td> </tr> <tr> <td>入居又は入院期間</td> <td>_____ 年 月 日 ~</td> </tr> </table> (自宅で暮らしている場合) <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td>区分</td> <td>自家 ・ 借家 ・ アパート ・ その他 ()</td> </tr> <tr> <td>広さ</td> <td>_____ 室 畳</td> </tr> <tr> <td>家賃</td> <td>_____ 円</td> </tr> <tr> <td>現在の住居での問題点</td> <td></td> </tr> </table>				施設名又は病院名(所在地)	_____ 市・区・町・村	入居又は入院期間	_____ 年 月 日 ~	区分	自家 ・ 借家 ・ アパート ・ その他 ()	広さ	_____ 室 畳	家賃	_____ 円	現在の住居での問題点	
施設名又は病院名(所在地)	_____ 市・区・町・村															
入居又は入院期間	_____ 年 月 日 ~															
区分	自家 ・ 借家 ・ アパート ・ その他 ()															
広さ	_____ 室 畳															
家賃	_____ 円															
現在の住居での問題点																

その他	入居を希望する時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入居したい <input type="checkbox"/> 年 月頃までには入居したい
	他施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設にのみ申し込んでいる <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んでいる

収入の状況	年金恩給等	種類	年額	円
	給与	勤務先	年額	円
	不動産収入	種類	年額	円
	利子収入		年額	円
	その他の収入		年額	円
	借入金	金額	円	借入先

利用料等 経費支払	<input type="checkbox"/> 本人	縁故者が負担する場合
	<input type="checkbox"/> 一部縁故者	氏名 _____ 続柄 _____
	<input type="checkbox"/> 全額縁故者	住所 _____

備考	[本入居申込書に記載した事項あるいは記載項目にない事項等で、特に入居を考慮する必要がある場合は、その状況について記入してください。]

留意事項	入居希望者や家族等の状況など、本入居申込書に記載した事項の内容が変わった場合、あるいは他の施設等に入居（所）した場合は、必ず当施設に連絡してください。
------	---

説明確認欄	私は、次の事項について施設より説明を受けました。 ・入居申込から入居契約までに必要な手続き及び施設で定める諸規定 ・入居順位決定方法 ・入居順位の見直し _____ 年 月 日 氏名 (続柄) _____
-------	--

(様式2)

ケアハウスはあとぴあ入居希望者調査票

申込日	令和 年 月 日	記入日	令和 年 月 日
入居希望者氏名		記入者名	

身体 の 状 況	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事の種類 主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 半粥食 <input type="checkbox"/> 全粥食 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー																																														
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 誘導・一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 おむつの使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼夜																																														
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																																														
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																																														
	移動	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全部介助 歩行： <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり																																														
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 人の動きが分かる程度																																														
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 大声が聞き取れる																																														
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞き取りにくい <input type="checkbox"/> 聞き取れない																																														
入居 希 望 者 の 状 況	現在利用している居宅サービス	<table border="1"> <thead> <tr> <th>居宅サービスの種類</th> <th>頻度</th> <th>事業者名</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問介護</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問入浴介護</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問看護</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>訪問リハビリテーション</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>居宅療養管理指導</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>通所介護</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>通所リハビリテーション</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>短期入居生活介護</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/>短期入居療養介護</td> <td>(月に 回数)</td> <td>[]</td> <td>[]</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <input type="checkbox"/>福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/>住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/>その他 () <input type="checkbox"/>なし ※該当するものを全て選んでください。 </td> </tr> </tbody> </table>			居宅サービスの種類	頻度	事業者名		<input type="checkbox"/> 訪問介護	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 訪問看護	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 通所介護	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 短期入居生活介護	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 短期入居療養介護	(月に 回数)	[]	[]	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※該当するものを全て選んでください。			
	居宅サービスの種類	頻度	事業者名																																													
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 通所介護	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション	(月に 回数)	[]	[]																																												
	<input type="checkbox"/> 短期入居生活介護	(月に 回数)	[]	[]																																												
<input type="checkbox"/> 短期入居療養介護	(月に 回数)	[]	[]																																													
<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入費支給 <input type="checkbox"/> 住宅改修費の支給 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし ※該当するものを全て選んでください。																																																
精神の状況	性 格																																															
	対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 従順的 (具体的に)																																														
	精神状態	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 精神障害あり (有の場合)																																														
	問題行動	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> ある (有の場合)																																														
医 療 的 処 置	現在治療中の病気																																															
	病 名	入院・通院病院	期 間																																													
			年 月～																																													
			年 月～																																													
			年 月～																																													
	既往症																																															
病 名	入院・通院病院	期 間																																														
		年 月～ 年 月																																														
		年 月～ 年 月																																														
		年 月～ 年 月																																														