

入居申込書

平成 年 月 日

ケアハウス「そよかぜの杜」
 施設長様

ケアハウス「そよかぜの杜」に入居したいので、次のとおり申し込みます。

氏名			(印)	性別	男・女	
生年月日	明治・大正・昭和		年	月	日生 (才)	
住所	〒			電話		
入居方法	単身・夫婦					
家族の状況	続柄	氏名	年齢	現住所	電話番号	同居者
身元保証人						
申し込み理由						

収入申告書

平成 年 月 日

ケアハウス「そよかぜの杜」
施設長様

氏名 (印)

平成 年中の収入について、下記のとおり申告します。

財産の状況

動産	現金	円	株式	円	その他	円
不動産	土地	円	家屋	円	その他	円

収入の状況

種 別		金 額 (年 額)
収 入 (a)	年金・恩給等収入 ()年金	円
	財 産 収 入	
	配 当 収 入	
	不動産及び動産の処分による収入	
	そ の 他	
	計	
必 要 経 費 (b)	租税(固定資産税は除く)	
	医療費(入居後発生分のみ記入)	
	社会保険料(国民保険等)	
	介護保険料	
	介護サービス利用料(本人負担分)	
	その他の必要経費	
	計	
差 引 き 額 [(a) - (b)]		
仕 送 り 収 入		

健康診断書

住 所		身長					
		体重					
ふりがな		四肢運動					
氏 名							
生年月日		視 力					
性 別		聴 力					
既往歴		言語障害					
		義 歯					
		排 泄					
		血 圧					
自覚症状		脈 拍					
		不 整 脈					
診断所見		浮 腫					
		感 染 症	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">梅 毒</td> <td></td> </tr> <tr> <td>HBs抗原</td> <td></td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td></td> </tr> </table>	梅 毒		HBs抗原	
梅 毒							
HBs抗原							
その他							
与薬状況							
胸 部	X線検査	血液型					
		その他検査 (血液、内視鏡など)					
		備 考					
腹 部		検 査 日					
検 尿	蛋 白	医 師 氏名(印)					
	糖						
	ウロビリ						
	潜 血						
	その他						
アレルギー							

該 当 項 目					
健康状態 該当及欄 びを 生 活で の困 状む 況	通院治療	月 回 有・無(病名) 通院回数 週 回			
	歩 行	歩けない	手助けすれば歩ける	杖をついて歩ける	普 通
食 事	ひとりできない	手づかみができる	サジでできる	普 通	
排 泄	おむつ	手助けして便器で	便所まで手助け	普 通	
入 浴	寝床で体を ふいてもらう	浴室で洗ってもらう	浴室まで手助け 自力で洗う	普 通	
着 替	全部 やってもらう	ほとんど やってもらう	少し手助けすれば ひとりできる	普 通	
行動範囲	寝床の上だけ	家の中だけ	家のまわりだけ	単独外出	
寝返り等	寝返りできる 寝返りできない	手助けすれば座れる	一人で腰掛け又は 足投げ出しできる	普 通	
寝たきり	終日寝たきり	ほとんど寝たきり	日中ときどき 寝ている	寝ていな い	
起 居	ひとりでは 起きられない	手助けすれば起きられ る	少し手助けすれば ひとりできる	普 通	
洗 面	全部 やってもらう	ほとんど やってもらう	少し手助けすれば ひとりできる	普 通	
自 宅 付 近 の 略 図					