

サービス付き高齢者向け住宅カレッサ成田北須賀 入居申込書 兼 状況調査票

記入日 平成 年 月 日

受付日 平成 年 月 日

| | | | | | | | |
|---------------|--|-------------------------------|---------|------------------|------------|-------|-----|
| フリガナ 入居希望者 | 様 | | 男 女 | 生年月日 | 大 昭 正 和 | 年 月 日 | 歳 |
| 住 所 | 〒 | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅： - - | | 携帯： - - | | | | |
| 現在の居場所 | 自己所有住宅 家族所有住宅 病院 施設 名称： | | | | | | |
| 世帯状況 | 単身 高齢者世帯 家族と同居（続柄） | | | | | | |
| 入居希望時期 | 今すぐに 今後を考えて 年 月 までに入居したい | | | | | | |
| 入居希望理由 | | | | | | | |
| 介護保険情報 | 被保険者番号 | | | | | 負担割合証 | 割 |
| | 要介護度 | 認定期間 | | H 年 月 日～ 年 月 日まで | | | |
| | 居宅介護支援事業所： | | | ケマネージャー： | | | |
| | 現在利用しているサービス： | | | | | | |
| 医療保険情報 | 社会保険 国民健康保険 後期高齢者 生活保護（福祉事務所：） | | | | | | |
| 主治医 | なし あり（医療機関名： 担当医名：） | | | | | | |
| 健康情報 | 身体障がい者手帳 | | なし あり | | 障がい名： | | 種 級 |
| | 治療中の病名 | 年/月 | 病名 | | | 病院名 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 既往歴・手術等 | 年/月 | 病名 | | | 病院名 | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | 服 薬 | なし ある ※お薬手帳又は説明書のコピーを添付して下さい。 | | | | | |
| アレルギー | なし ある（薬剤）（食物） | | | | | | |
| 年金の種類 | 国民年金 厚生年金 共済年金 その他（） | | | | | | |
| | 年額 円 | | | | | | |
| 利用料の支払い方法 | 全額本人負担 一部親族負担 全額親族負担 親族負担ある場合親族氏名（続柄） | | | | | | |

| | | | | | | |
|-------|------|-------|-----|-----|----|---------|
| 身元保証人 | 氏名 | 様（続柄） | | | 歳 | 残置物引取り人 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | 自宅 | - - | | 携帯 | - - |
| | 職業 | 業種 | | 勤務先 | | |
| | 氏名 | 様（続柄） | | | 歳 | 残置物引取り人 |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 電話番号 | 自宅 | - - | | 携帯 | - - |
| 職業 | 業種 | | 勤務先 | | | |

※身元引受人で残置物引取り人となる場合は 残置物引取り人 に○をして下さい。

身元保証人以外の方が残置物を引き取る場合、下欄へご記入下さい。

| | | | | |
|---------|----|-------|--|--|
| 残置物引取り人 | 氏名 | 様（続柄） | | |
|---------|----|-------|--|--|

| | | 日常生活動作 | | | | 該当する□に✓して下さい。 | | | | |
|---------|----------|--|------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|--|--|--|
| 食事 | 食事摂取 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| | 食事形態 | 主食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ムース食 備考 副食： <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ムース食 備考 | | | | | | | | |
| 排泄 | 排尿 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| | 排便 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| 入浴 | 方法 | 日中： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 夜間： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ | | | | | | | | |
| | 方法 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 入浴していない | | | | | |
| 着脱 | 上衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| | 下衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | |
| 整容 | 歯磨き等 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | |
| | 義歯の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input type="checkbox"/> ある | 上・下 | | | | | | |
| 移動等 | 起き上がり | <input type="checkbox"/> つかまらず可 | <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 | <input type="checkbox"/> できない | | | | | | |
| | 歩行 | <input type="checkbox"/> つかまらず可 | <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 | <input type="checkbox"/> できない | | | | | | |
| | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 | <input type="checkbox"/> 杖 | <input type="checkbox"/> シルバーカー | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子 | <input type="checkbox"/> その他 | | | |
| 認知症等の状況 | | | | | | | | | | |
| 行動等 | 意思の伝達 | <input type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 時々できる | <input type="checkbox"/> まれにできる | <input type="checkbox"/> できない | | | | | |
| | 薬の内服 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | | | | |
| | 被害的な妄想 | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | | | | | | |
| | 歩き回る（徘徊） | <input type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | | | | | | |
| | その他 | | | | | | | | | |

「入居判定の結果」「面接の調整」等のご連絡をさせて頂く方を下欄へご記入下さい。

| | | | | | |
|-----|-------------|------|--|----|-----|
| 連絡先 | 氏名 | 様 続柄 | | | |
| | 電話 | - - | | 携帯 | - - |
| | 連絡のつきやすい時間帯 | | | | |

ご記入ありがとうございました。添付書類と合わせてご提出ください。

- 本申込書は入居契約書ではございませんので、本書にて入居が確定するものではありません。
- 個人情報の保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。

ご不明な点などございましたら、お気軽にご連絡ください。

サービス付き高齢者向け住宅カレッサ成田北須賀 0476-26-3388 (9:00~18:00)

記入例 サービス付き高齢者向け住宅カレッサ成田北須賀 入居申込書 兼 状況調査票

記入日 平成 29 年 6 月 3 日

受付日 平成 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | |
|---------------|---|--------|---------------|--|--|--|----------------|------|---|---|-------|-----|
| フリガナ 入居希望者 | ナリタ ハナコ 成田 花子 | | 様 | 男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/> | 生年月日 | 大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> | 10 年 5 月 10 日 | 82 歳 | | | | |
| 住 所 | 〒123-4567 〇〇県 △△市 □□ 1-2-3 | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 自宅： 0476 - 11 - 1111 | | | | 携帯： 080 - 1111 - 1111 | | | | | | | |
| 現在の居場所 | 自己所有住宅 <input checked="" type="radio"/> 家族所有住宅 <input type="radio"/> 病院 施設 名称： 病院・施設の場合はご記入下さい | | | | | | | | | | | |
| 世帯状況 | 単身 高齢者世帯 <input checked="" type="radio"/> 家族と同居 <input type="radio"/> (続柄 長男家族) | | | | | | | | | | | |
| 入居希望時期 | 今すぐに <input type="radio"/> 今後を考えて <input checked="" type="radio"/> 29 年 9 月 までに入居したい | | | | | | | | | | | |
| 入居希望理由 | 長男の転勤があり、住み慣れた△△市を離れたくないため。独居は不安なため。 | | | | | | | | | | | |
| 介護保険情報 | 被保険者番号 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 負担割合証 | 2 割 |
| | 要介護度 | 3 | | 認定期間 | H28年 5月 1日~29年 4月 30日まで | | | | | | | |
| | 居宅介護支援事業所： なのはなケアプランセンター ケマネージャー： 鈴木 | | | | | | | | | | | |
| | 現在利用しているサービス： デイサービス週2回 | | | | | | | | | | | |
| 医療保険情報 | 社会保険 | | 国民健康保険 | | <input checked="" type="radio"/> 後期高齢者 <input type="radio"/> | | 生活保護 (福祉事務所：) | | | | | |
| 主治医 | なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> (医療機関名： すずらん診療所 担当医名： 佐藤医師) | | | | | | | | | | | |
| 健康情報 | 身体障がい者手帳 <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり | | 障がい名： | | | | | 種 級 | | | | |
| | 治療中の病名 | 年/月 | 病名 | | | | 病院名 | | | | | |
| | | H15/10 | 高血圧 | | | | すずらん診療所 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | 既往歴・手術等 | 年/月 | 病名 | | | | 病院名 | | | | | |
| | | H24/5 | 右大腿骨頸部骨折 手術施行 | | | | ガーベラ総合病院 | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| 服 薬 | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> ある ※お薬手帳又は説明書のコピーを添付して下さい。 | | | | | | | | | | | |
| アレルギー | <input checked="" type="radio"/> なし <input type="radio"/> ある (薬剤) (食物) | | | | | | | | | | | |
| 年金の種類 | <input checked="" type="radio"/> 国民年金 <input type="radio"/> 厚生年金 <input type="radio"/> 共済年金 <input type="radio"/> その他 () | | | | | | | | | | | |
| | 年額 80万円 | | | | | | | | | | | |
| 利用料の支払い方法 | 全額本人負担 <input checked="" type="radio"/> 一部親族負担 <input type="radio"/> 全額親族負担 親族負担ある場合親族氏名 成田一郎 (続柄 長男) | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|--|------|------------------------------|--------------|--|------|---------------|
| 身元保証人 | 氏名 | 成田一郎 様 (続柄 長男) | | | 57 歳 | 残置物引取り人 |
| | 住所 | 〒 123-4567 〇〇県△△市□□1-2-3 | | | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 0476-11-1111 | | 携帯 | 080-2222-2222 |
| | 職業 | 業種 | 会社員 | | 勤務先 | 〇〇〇商事 |
| | 氏名 | 成田二三男 (続柄 二男) | | | 55 歳 | 残置物引取り人 |
| | 住所 | 〒 123-4567 〇〇県△△市×× 4-5-6 | | | | |
| | 電話番号 | 自宅 | 0476-33-5555 | | 携帯 | 090-6767-8989 |
| | 職業 | 業種 | 教職 | | 勤務先 | △△中学校 |
| ※身元引受人で残置物引取り人となる場合は 残置物引取り人 に○をして下さい。 | | | | | | |
| 身元保証人以外の方が残置物を引き取る場合、下欄へご記入下さい。 | | | | | | |
| 残置物引取り人 | | 氏名 | 様 (続柄) | | | |

| | | | | | | | |
|---------|----------|--|---|--|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| | | 日常生活動作 | | | | 該当する□に✓して下さい。 | |
| 食事 | 食事摂取 | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 食事形態 | 主食 : <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ムース食 備考 副食 : <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ムース食 備考 | | | | | |
| 排泄 | 排 尿 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 排 便 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 方 法 | 日中 : <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ 夜間 : <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ | | | | | |
| | 入 浴 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | <input type="checkbox"/> 入浴していない | | |
| | 方 法 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅で入浴 <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス等で入浴 <input type="checkbox"/> その他 | | | | | |
| 着脱 | 上 衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| | 下 衣 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input type="checkbox"/> 見守り・声かけ | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | |
| 整容 | 歯磨き等 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 義歯の有無 | <input type="checkbox"/> なし | <input checked="" type="checkbox"/> ある | (上) ・ 下 | | | |
| 移動等 | 起き上がり | <input type="checkbox"/> つかまらず可 | <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 | <input type="checkbox"/> できない | | | |
| | 歩 行 | <input type="checkbox"/> つかまらず可 | <input checked="" type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 | <input type="checkbox"/> できない | | | |
| | 移動方法 | <input type="checkbox"/> 独歩 | <input checked="" type="checkbox"/> 杖 | <input type="checkbox"/> シルバーカー | <input type="checkbox"/> 歩行器 | <input type="checkbox"/> 車椅子 | <input type="checkbox"/> その他 |
| 認知症等の状況 | | | | | | | |
| 行動等 | 意思の伝達 | <input checked="" type="checkbox"/> できる | <input type="checkbox"/> 時々できる | <input type="checkbox"/> まれにできる | <input type="checkbox"/> できない | | |
| | 薬の内服 | <input type="checkbox"/> 自立 | <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 | <input type="checkbox"/> 全介助 | | | |
| | 被害的な妄想 | <input checked="" type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | | | |
| | 歩き回る(徘徊) | <input checked="" type="checkbox"/> ない | <input type="checkbox"/> 時々ある | <input type="checkbox"/> ある | | | |
| | その他 | | | | | | |

「入居判定の結果」「面接の調整」等のご連絡をさせて頂く方を下欄へご記入下さい。

| | | | | | |
|-----|-------------|--------------|-------|------|---------------|
| 連絡先 | 氏名 | 成田さつき 様 | 続柄 | 長男の妻 | |
| | 電話 | 0476-11-1111 | | 携帯 | 090-2525-7878 |
| | 連絡のつきやすい時間帯 | | 16時以降 | | |

ご記入ありがとうございました。添付書類と合わせてご提出ください。

- 本申込書は入居契約書ではございませんので、本書にて入居が確定するものではありません。
- 個人情報の保護に関する法律ならびに関連する法令を遵守いたします。

ご不明な点などございましたら、お気軽にご連絡ください。

サービス付き高齢者向け住宅カレッサ成田北須賀 0476-26-3388 (9:00~18:00)