|  |  |
| --- | --- |
| 家族連絡先  （近親者） | 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |
| 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |
|  | |
| 備考（※施設記入欄） | |

※個人情報の取扱いについて

お預かりしたお客様の個人情報は当法人規程の「個人情報取扱いの基本指針」および「個人情報の利用目的」に基づいて適正に取扱いいたします。

令和4 年4月1日 改訂

社会福祉法人　慈楽福祉会

取扱注意

ケ ア ハ ウ ス 入 居 申 込 書

|  |  |
| --- | --- |
| 申込日　令和　　年　　月　　日  受付日　令和　　年　　月　　日  社会福祉法人　慈 楽 福 祉 会  施設長　山 下 透 殿  フリガナ  氏　　名 |  |
| 写　真  胸像 又は 全身像  3ヶ月以内の撮影  スナップ可 |

つぎのとおり　ケアハウス入居を申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 入居希望日 | 令和　　　年　　　月頃 | | | | □ 空室ができ次第連絡がほしい  □ 希望日以降に連絡が欲しい | | | | |
| 居室タイプ | □一人部屋　□二人部屋 | | | |
| 希望居室 | 希望フロアー（　　　階）　　□納戸付　　□南側　　□西側　□希望なし  ※ご希望に添えない場合がございます。 | | | | | | | | |
| 生年月日 | 明治・大正・昭和　　年　　月　　日 | | | | | 年齢　　歳 | | | 性別　男・女 |
| 現 住 所 | 〒　　　-　　　　　電話（　　　　）　　　－ | | | | | | | | |
| 収入状況  （概算） | 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 | |
| その他収入 |  | | | | | 年額 | 円 | |
| 借 入 金 | 金額　　　　　　　　　円 | | | 借入先（　　　　　　　）　期間（　　　　　） | | | | | |
| 利用料等  支 払 者 | １．　本　人 | | ※縁故者（２,３）の場合  氏名　　　　　　　　続柄　　　　　職業  〒　　　-　　　　　　電話　　　-　　　-  住所 | | | | | | |
| ２．一部縁故者 | |
| ３．全額縁故者 | |
| 長期預かり金  納入予定額 | 50万円　・　200万円　・　300万円　　　※入居契約時に変更可能です | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 生活状況  （複数回答可） | 移　　動 | 自立歩行　杖を使用　歩行器を使用　車椅子　転倒の危険あり |
| 入　　浴 | 単独で可能　 １人では不安 　見守りが必要 　介助が必要 |
| 掃除・洗濯 | 定期的にしている　　あまりしない　　身体的にできない |
| 調　　理 | 毎日している　　　よくしている　　　あまりしない |
| 外　　出 | 車・バイクを運転　電車やバスを利用　一人では外出できない |
| 対人関係 | 協調的　　積極的　　消極的　　仲間が欲しい　　一人が良い |
| 性　　格 | 明るい　　気にしやすい　　短気　　頑固　　その他（　　　） |
| 精神状態 | 安定している　 落ち着かない　 夜眠れない　 その他（　　　） |
| 物 忘 れ | ほとんど無い　　時々ある　　よくある　　その他（　　　） |
| 服　　薬 | 服薬なし　　問題なし　　時々間違える　　管理できない |
| 金銭管理 | 自分で管理　 確認が必要 　家族が管理 　トラブルがある |
| 電話の使用 | 問題なし　　　使用できない　　　トラブルがある |
| その他、  生活上困っていること |  |
| 健康状況 | 健康　　ほぼ健康　　病弱　　持病あり（　　　　　　　　　　　） | |
| 治療中の病名 |  |
| かかりつけ医 |  |
| 既 往 歴 | ※過去の大きな病気・けが・手術など |
| 最近5年間の主な病気 |  |
| 要介護認定 | 認定なし（又は自立）　　　認定あり（　　　　） |
| 身体障害者  手帳 | なし・あり | 障害の部位　　　　　　　　　　　　　　手帳　　　種　　　級 |
| 原爆手帳 | なし・あり |  |
| 福祉サービスの利用 | 利用なし  利用あり | 利用サービス名 |

|  |  |
| --- | --- |
| 略　　歴  （生活暦・  職歴等） | （例．○○県出身　○○学校卒業　○○会社○○年退社　○○年夫と死別など） |
| 趣味・特技等 |  |
| 社会的活動等 |  |
| 入居希望  の理由 |  |
| 身元保証人  （後見責任者） | 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |
| 第二連絡先 | 氏名　　　　　　　　　　　　　続柄　　　　　　職業　　　　　年齢  〒　　　－　　　　　　　　　　電話　　　－　　　－  住所 |