

# 介護型ケアハウス ソラーレ 利用申込書

申込日	年	月	日	住所	〒
受付日	年	月	日	氏名	
				電話	( ) -
				携帯	- -

ケアハウス ソラーレに入居希望の為次のとおり申し込みます。

申込者	ふりがな		性別	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 才)		
	氏名		男	要介護度	自立・要支援 1・2	
			女		要介 1・2・3・4・5	
	現住所	〒 ( - )			電話 ( ) -	
	住民票の住所 〒 ( - ) 上記と異なる場合ご記入ください					
	電話 ( ) -					
申込理由	1	身寄りが無い			5	その他の理由
	2	介護者がいない又は介護が困難				
	3	家庭の事情で家族と同居できない				
	4	他人の世帯と同居している				
	5	その他				
現在の住居状況	1	自宅 (持ち家・借家) 一人暮らし・家族同居 (借家の場合家賃月額 円)				
	2	子供・親類 宅 (続柄 ) いつから 年 ( 年前)				
	3	施設 (施設名: ) 入所 年・費用月額約 万円				
	4	入院 (病院名: ) 入院 年・費用月額約 万円				
	5	その他 (詳細に記入して下さい)				
家庭の状況	氏名	年齢	続柄	居住	職業	住所
				同/別		
				同/別		
				同/別		
				同/別		
				同/別		
ごく近い親族を記入してください。						
担当ケアマネ	事業所名					
有						
無	氏名	連絡先 ( ) -				
同意書	申込施設が担当ケアマネジャーから入所に必要な入所希望者等の情報提供を受けることに同意します。					
	年 月 日 氏名:					

収入状況	給与等収入	勤務先 ( ) 年収 円			
	年金等収入	種類 ( ) 年収 円			
	不動産等収入	種類 ( ) 年収 円			
	利息等収入	種類 ( ) 年収 円			
	その他収入	種類 ( ) 年収 円			
	計				
※わかる範囲で結構です。入所時に必要ですので、できれば前年度の収入申告書か収入を確認できる書類を添付願います。(コピー可)					
健康状態・生活状況該当欄○で囲んで下さい	通院治療	有・無 病院名： (病名) 通院回数 月・週 回 経鼻経管栄養・胃ろう・在宅酸素・インシュリン注・バルーン・ストマー(人口肛門)・たん吸引 中心静脈栄養・感染症 ( )・その他 ( )			
	手術歴	いつ頃 年 どのような：			
	歩 行	歩けない	手助けすれば歩ける	杖をついて歩ける	自立
	食 事	一人で出来ない	手づかみで出来る	スプーンで出来る	自立
	排 泄	おむつ	手助けして便器で	トイレまで手助け	自立
	入 浴	寝床で体を拭いてもらう	浴室で洗ってもらう	浴室まで手助け、自立で洗う	自立
	着 替 え	全部手助けが必要	殆んど手助けが必要	少し手助けすれば自力で出来る	自立
	行 動 範 囲	寝床の上だけ	家の中だけ	家の周りだけ	自立
	寝 返 り 等	寝返りできる	手助けすれば座れる	一人で腰掛ができる	自立
		寝返り出来ない		足投げ出し出来る	自立
	寝 た き り	終日寝たきり	殆んど寝たきり	日中時々寝ている	自立
	起 居	一人では起きられない	手助けすれば起きられる	少し手助けすれば一人で出来る	自立
	洗 面	全部手助けが必要	殆んど手助けが必要	少し手助けすれば一人で出来る	自立
	職 歴	(主なもの)			
結 婚 暦	有 (配偶者 健在・死別 年・離別 年 子供 (男 人・女 人) ・ 無				
生活暦	その他	趣 味			
		飲 酒	アルコール類 一日 (種類 量)	禁酒した	しない
		喫 煙	煙草 一日 (本)	禁煙した	しない
保証人	氏名	年齢	才 続柄	職業	
	住所				
	連絡先 ( )	-	携帯	- -	