

社会福祉法人母恋 ケアハウスふれあい母恋 利用申込書

(特定施設入居者生活介護・予防特定施設入居者生活介護含む)

申込日 令和 年 月 日

入居は( <input type="checkbox"/> 本人希望 <input type="checkbox"/> 家族希望 )		受付日	受付者
入居予定者			
ふりがな		生年月日	年 月 日 歳
氏名		連絡先	自宅 携帯
住所	〒		
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保本人 <input type="checkbox"/> 国保家族 <input type="checkbox"/> 社会保険家族 健康保険一部負担の割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
介護認定情報	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援( 1 2 ) <input type="checkbox"/> 要介護( 1 2 3 4 5 ) 有効認定期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
介護保険負担割合証	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割		
担当ケアマネジャー	名前	事業所	
現在受けている介護サービス	<input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> ( )		
障がい者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 種 級 )		
入居理由	<input type="checkbox"/> 住宅の老朽化 <input type="checkbox"/> 身体的に生活が困難 <input type="checkbox"/> 病状により生活が困難 <input type="checkbox"/> 自宅での生活が困難		
現在の住宅	<input type="checkbox"/> 持ち家( <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 ) <input type="checkbox"/> 借家 <input type="checkbox"/> 賃貸アパート・マンション		
現在の生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦暮らし <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 病院入院中 <input type="checkbox"/> 施設入居中		
前年度の収入状況	年金等( 円) その他の収入( 円)		

入居予定者状況	
通院している病気	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有の場合下記に病名と受診している病院名を記入
病名 ( )	病院( )
病名 ( )	病院( )
病名 ( )	病院( )
かかったことのある大きな病気・ケガ・手術歴	
病名・手術( )	病院( )
病名・手術( )	病院( )
病名・手術( )	病院( )

通院	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 送迎のみ介助 <input type="checkbox"/> 移動の付き添い <input type="checkbox"/> 付き添い医師の説明も聞く
家事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助
金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 少額は自分で管理 <input type="checkbox"/> 家族等が全て管理
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 難聴で聞き取りづらい事がある <input type="checkbox"/> やや理解力が低下している <input type="checkbox"/> 会話の内容がなかなか理解できない
物忘れ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 少しある <input type="checkbox"/> 時々ある <input type="checkbox"/> 頻繁にある
移動(歩行)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 福祉用具を使って自立( <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす) <input type="checkbox"/> 少し手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできず全て介助が必要
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 少し手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできず全て介助が必要
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 少し手助けが必要 <input type="checkbox"/> 自分ではできず全て介助が必要

緊急連絡先	続柄	
ふりがな	<input type="checkbox"/> 配偶者	
氏名	<input type="checkbox"/> 家族 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	
住所		
電話番号	①	②
勤務先	勤務先電話	

(注) この申込書の提出をもって、入居が決定したことはありません  
この申込書の提出後、住所や連絡先などが変わった場合、または申し込みを取り消したい場合は必ずご連絡下さい

【お問い合わせ・提出先】

〒051-0005

室蘭市新富町1丁目2番22号

ケアハウスふれあい母恋 生活相談員 宛て

電話 0143-24-2011 FAX 0143-24-7211