

入居申込書

社会福祉法人母恋

ケアハウスふれあい母恋 施設長 殿

申込日 令和 年 月 日

入居希望者 氏名	フリガナ	性別	生年月日(年齢)			
	印	(男・女)	(大・昭)	年	月	日(歳)
住所	〒		電話	()		
現在の 居住先	1. 病院() 2. 施設()		3. 自宅 4. その他()			
健康状態	1. 入院中(病院/病名) 病院名 病名					
	2. 通院中(病院/病名) 病院名 病名					
	病院名 病名					
	病院名 病名					
日常生活 行動	視力	普通	1m先が見える	1m先は見えない	見えない	眼鏡使用(有・無)
	聴力	普通	少々大きな声で聞こえる	かなり大きな声で聞こえる	聞こえない	補聴器使用(有・無)
	他者との交流	普通	人見知り	少しは交流している	全く交流していない	
	歩行	自力で歩ける	杖などを使って歩ける	誰かが支えてくれると歩ける	歩けない	補助具(杖・歩行器・手引)
	食事	一人でできる	見守りが必要	少し手助けが必要	全て介助が必要	
	配膳	一人でできる	少々不安	少し手助けが必要	全て介助が必要	
	排泄	一人でできる	見守りが必要	少し手助けが必要	全て介助が必要	(尿取りパット・紙おむつ)
	入浴	一人でできる	見守りがあれば一人で入れる	少し手助けが必要	全て介助が必要	
	着替え	一人でできる	ゆっくりだができる	少し手助けが必要	全て介助が必要	
	物忘れ	ほとんどない	ごくまれにある	時々ある	頻繁にある	
趣味 他	嗜好 アルコール類(1日 ml) タバコ(1日 本)					
	食事制限又はアレルギー(有・無)(有の場合は内容)					
	趣味					
	地域活動・同好会の所属等 その他日頃行っている活動					

身体障がい者 手帳	(有・無)	有の場合 種 級 障がい名()				
	認定は受けていない 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)					
介護保険の 利用状況	担当ケアマネジャー 所属() 氏名()					
	現在受けている 介護サービス内容	利用しているサービスに○をつけて下さい ・ホームヘルパー ・通所介護 ・通所リハビリ ・福祉用具貸与 ・短期入所 ・訪問看護				
	社会福祉法人母恋を利用していますか? (はい・いいえ) 利用しているものに○をつけて下さい ・デイサービス(いきがい) ・シニアマンション(すずらん)					
	前年度の収入状況 年金など 円 その他の収入() 円					
住宅状況	1. 持ち家(本人・家族) 2. 借家・賃貸マンション・アパート					
同居状況	1. 独居 2. 同居					
入居希望の理由	1. 住宅の老朽化の為 2. 在宅生活困難の為 3. 体調、病気に不安がある為 4. その他()					
身元引受人	1	氏名			続柄	
		住所				
		電話	ご自宅	携帯電話		
		勤務先	電話番号			
	2	氏名			続柄	
		住所				
		電話	ご自宅	携帯電話		
		勤務先	電話番号			

(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
※この申込書提出後、住所・連絡先等が変わった場合、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

北海道室蘭市新富町1丁目2番地22号

社会福祉法人母恋 ケアハウスふれあい母恋

電話 0143-24-2011 FAX 0143-24-7211