

入 所 申 請 書

社会福祉法人 秋田けやき会

ケアハウス ウェルハウス御所野

施設長

写真

3×4cm

単身・夫婦

ふりがな		生年月日	明治	大正	昭和		
氏名	印	年	月	日	生	歳	
現住所	電話						
本籍地							
身 体 状 況	日 常 生 活	移 動	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		入 浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		洗 濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
		掃 除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	生 活 状 況	起床時間	時頃	就寝時間	時頃		
		食事時間	朝： 時頃	昼： 時頃	夕： 時頃		
		入浴回数	回/週				
	健 康 状 況	持 病	有 (病名) 無				
		治 療 中	病院名			主治医	
既 往 症							
身 障 手 帳	有 (種 級) 無						
	障害名						
収 入 の 状 況	年 金 種 別	年金名	年額	円			
		年金名	年額	円			
		年金名	年額	円			
	給 与						
不 動 産							
利 用 料 等 の 支 払 い	<input type="checkbox"/> 全 額 本 人	縁故者の場合					
	<input type="checkbox"/> 一 部 縁 故 者	氏名	続柄	職業			
	<input type="checkbox"/> 全 額 縁 故 者	住所	電話				

※入所希望時期 急いでいる 6ヶ月後 1年後 2年後 数年後 ()

(○で囲んでください)

受付年月日 平成 年 月 日

受付者 印

健康診断書

ウエルハウス御所野

氏名		男・女	明大昭年	月	日生	歳		
住所								
主病名		合併症						
既往症								
現病								
計測	血圧	最大値 ()		最小値 ()				
	視力	右	正常	やや悪い	悪い	眼鏡	使用	未使用
		左	正常	やや悪い	悪い			
聴力	右	正常	やや悪い	悪い	補聴器	使用	未使用	
	左	正常	やや悪い	悪い				
検査	直接胸部X線所見		心電図所見		尿			
					蛋白 糖 ウロビリノーゲン			
	血液	血液型 型 RH (+ -) HBS抗原 (+ -) C型肝炎 (+ -) 梅毒血清反応 TPHA定性 (+ -) ガラス定性 (+ -)						
一般状況	失禁	有	無	その他 ()				
	尿意頻繁	有	無					
	喀痰	多	中	少				
	排便・排尿	できる	できない					
歩行状況	異常なし	つかまり歩き	階段昇降不可	一人で入浴できない				
精神状況	異常なし	躁鬱	分裂症	神経症	認知症	その他		
投薬等								

上記の通り診断した。

平成 年 月 日

住所

病院名

医師名

印