

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

| | | | | | |
|---|------------------------------------|--------|--|-------|-------|
| 单身・夫婦 | | | | | |
| ふりがな 氏 名 | 生年月日 明治 大正 昭和 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 令和 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 | | 使用 | 未使用 |
| 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 | | 使用 | 未使用 | |
| 検査 | 直接胸部X線所見 | | 心電図所見 | | | 尿 | | |
| | | | | | | 蛋白 | | |
| | | | | | | 糖 | | |
| ※3ヶ月以内の検査値を記入してください | 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。

令和 年 月 日

住所

病院名

医師名

印