

# 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			
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		
※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