

ケアハウスビアンカ 入居申込書

受付日 平成 年 月 日

下記のとおり申し込みます

本人	フリガナ			明・大・昭 年 月 日	男女
	氏名			(満 歳)	
	住所	〒 TEL			
身元引受人・代理人	フリガナ			明・大・昭 年 月 日	男女
	氏名			(満 歳)	
	住所	〒 TEL			
	勤務先	〒 TEL			本人との関係
保証人	フリガナ			明・大・昭 年 月 日	男女
	氏名			(満 歳)	
	住所	〒 TEL			
	勤務先	〒 TEL			本人との関係

※保証人欄は、保証人となられる方本人は、記名押印してください。

申し込みの理由：
趣味：
性格：
前職：

親族の状況

氏名	年齢	続柄	住所	電話番号

保険の状況

健康保険	1. 国保本人 2. 国保家族 3. 社保本人 4. 社保家族 5. その他 ()		
介護保険	介護保険認定を受けていますか	はい・いいえ	該当する介護度に○をつけてください 要支援1 要支援2 要介護 1 2 3 4 5
	現在介護サービスを使っていますか	はい・いいえ	使っている方はケアマネジャーの氏名をお書きください ()

収入の状況

該当する年金等にチェックを入れてください	
<input type="checkbox"/> 国民年金	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 恩給 <input type="checkbox"/> その他年金
1年間の年金総額（	円）（事務費 円）
1年間の収入状況で該当するものに○をつけて金額を記入してください	
1. 年金のみ	
2. 年金 + （	収入）金額 円
3. 年金 + 家族負担	金額 円

支払い方法

<input type="checkbox"/> 全額本人負担	※一部又は全額親族負担の方 住所 _____ 氏名 _____ ⑩ 続柄 _____ 負担可能な月額 円
<input type="checkbox"/> 一部親族負担	
<input type="checkbox"/> 全額親族負担	

健康状態

<p>過去に下記の病気で手術・治療を受けたことがありますか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 狭心症、心筋梗塞、心臓弁膜症、先天性心臓病、心筋症、高血圧症 ・ 脳卒中（脳出血、脳梗塞、くも膜下出血）、脳動脈硬化症 ・ 精神病、ノイローゼ、てんかん、自律神経失調症、アルコール中毒 ・ 胃かいよう、十二指腸かいよう、かいよう性大腸炎、すいそう炎 ・ ぜんそく、慢性気管支炎、肺結核 ・ 慢性肝炎、肝硬変、肝機能障害、 ・ 腎炎、ネフローゼ、腎不全、通風 ・ 緑内障、白内障、網膜の病気、角膜の病気 ・ ガン（部位： _____） ・ 肉腫、白血病、腫瘍、ポリープ ・ 糖尿病、リウマチ、こうげん病、貧血症、紫斑病 ・ 子宮筋腫、子宮内膜症、卵巣のう腫、乳腺症 	<p>ありの場合はこの欄に詳しく記入して下さい。 【病気やけがの名前、障害の内容】</p> <p>(_____)</p> <p>【治療・投薬の年月日または期間】 年 月～ 年 月</p> <p>【入院の有無】 有 ・ 無 年 月～ 年 月（ 日間）</p> <p>【手術の有無】 有 ・ 無 【手術の名前または部位】 (_____)</p> <p>【病状経過】 完治 終診年月 年 月 治療中（現在の症状・治療内容）</p> <p>(_____)</p>
<p>手・足の欠損または機能に障害がありますか。 背骨（脊柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますか。</p>	<p>(_____)</p>
<p>日常生活の身の回りのことができますか</p>	<p>はい・いいえ（ _____ ）</p> <p>「いいえ」のときは援助の必要な項目に○をつけてください</p> <p>・ 食事 ・ 入浴 ・ 排泄 ・ 着脱 ・ その他</p>