ケアハウスビアンカ入居申込書（２）

収入の状況	該当する年金等にチェックして下さい。		
	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 恩給 □ その他年金		
	１年間の年金総額（　　万円）（事務費　　万）		
	１年間の収入の状況		
	１．年金のみ	２．年金＋（　　） 金額　　円	３．年金＋家族負担 金額　　円
支払い方法	□ 全額本人負担 □ 一部親族負担 □ 全額親族負担	※一部、全額家族負担の方 住所 氏名　　㊞　続柄 負担可能額　月額　　円	
健康状態	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。 ・ 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）、能動脈硬化症 ・ 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 ・ ぜんそく、慢性気管支炎、肺結核 ・ 胃かいよう、十二指腸かいよう、かいよう性大腸炎、すいぞう炎 ・ 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	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】 （　　） 【治療・投薬の年月日または期間】 年　月～　年　月 【入院の有無】　有　・　無 年　月～　年　月（　日間） 【手術の有無】　有　・　無 【手術の名前または部位】 （　　） 【病状経過】 完治　終診年月　年　月 治療中（現在の症状・治療内容） （　　）	
	手・足の欠損または機能に障害がありますか。 背骨（背柱）・視力・聴力・言語・そしゃく機能に障害がありますが。		
	日常生活の身の回りのことができますか	はい・いいえ　（　　） 「いいえ」のときは援助の必要な項目に○をつけてください ・食事　・入浴　・排泄　・着脱　・その他（　　）	