

令和 年 月 日

利 用 申 込 書

社会福祉法人えちご府中会  
ケアハウス至徳路 施設長 様

氏名 印

私は、利用を申し込みます。

居室の希望	一人室 ・ 二人室	利用希望時期	空き次第 ・	年 月 頃		
生年月日等	明治 ・ 大正 ・ 昭和	年 月 日	(満 歳)	男 ・ 女		
現住所等	〒 電話: ( ) [本籍地]					
利用希望の理由	(具体的に)					
収入状況等	年金・恩給等	年・恩・他(種類)	年額	円		
	給与		年額	円		
	不動産収入		年額	円		
	利子収入		年額	円		
	計		年額	円		
	借入金					
利用料等の経費負担者	1. 本人負担	縁故者の場合	住所:			
	2. 一部縁故者		氏名:	(続柄 )		
	3. 全額縁故者		職業:			
	氏名	生年月日	続柄	住所	職業	備考
配偶者						
家族の状況(近親者)						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
						同居・別居
身元引受人	氏名		生年月日		続柄	
	住所	〒 電話: ( )				
	職業		勤務先	電話: ( )		

住居の現況	自家	( 室、 畳)			
	借家	( 室、 畳)	家賃：月額	円	
	アパート	( 室、 畳)	家賃：月額	円	
	その他	( 室、 畳)	家賃：月額	円	
日常の生活動作の状況	移動	自力で可	・ やや不安	・ 不安	・ 自力で無理
	食事	自力で可	・ やや不安	・ 不安	・ 自力で無理
	入浴	自力で可	・ やや不安	・ 不安	・ 自力で無理
	排泄	自力で可	・ やや不安	・ 不安	・ 自力で無理
	着脱衣	自力で可	・ やや不安	・ 不安	・ 自力で無理
健康状況	1. 現時点では問題なし				
	2. 病 弱				
	3. 持 病 (病名： )				
	4. 治療中 (医療機関名： )				
	(病名： )				
最近5年以内にかかった病気(病名： )					
身体障害	なし・あり	部位			
		手帳	なし・あり( 種 級)		
その他(嗜好等)					
要介護認定の状況	要介護認定	なし ・ あり ( 認定区分： )			
	居宅介護支援	事業者名：			
		介護支援専門員(ケアマネージャー)：			

- 備考
- 記入上の注意
    - ①該当箇所を○で囲み、記述箇所はもれなく記入ください。
    - ②記載内容の秘密は、固く守りますので、正確に記入ください。
  - 利用の決定
    - ①本申込書による審査により、利用資格要件を満たしている場合は、身元引受人同伴による面接によって入居決定となります。
  - 面接時持参資料
    - ①健康診断書
    - ②住民票
    - ③年金証書(写)
    - ④収入を証明する書類(確定申告書(写)又は源泉徴収票(写))

# ケアハウス至徳路健康診断証明書

氏名 \_\_\_\_\_

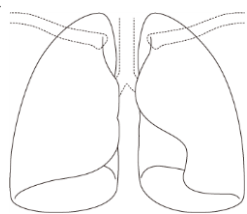
M・T・S 年 月 日生

診察年月日 令和 年 月 日

診察・計測	身長		視	右	( )
	体重		力	左	( )
	血圧		心電図	所見なし・所見あり	

聴力	右	1000HZ	所見なし・所見あり
		4000HZ	所見なし・所見あり
	左	1000HZ	所見なし・所見あり
		4000HZ	所見なし・所見あり

腎・尿一般	尿	蛋白質	- + ++ +++
		糖	- + ++ +++
		潜血	- + ++ +++
肝機能等	尿	ウロビリ	正常・異常
		G O T	U/l
	血液	G P T	U/l
		γ-G T P	U/l
血液一般	白血球数	/μl	
	赤血球数	/μl	
	ヘモグロビン	g/dl	
	ヘマトクリット	%	
	血小板	/μl	
脂質	総コレステロール	mg/dl	
	中性脂肪	mg/dl	

呼吸器	胸部X線検査	直接	間接
			
	所見	フィルム No. _____	
診断	健康	要観察	要医療
備考			

現在治療中の病気

この証明書は健康診断票の内容と相違ないことを証明する。

令和 年 月 日

印