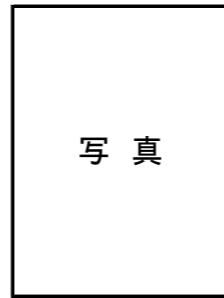


入居申込書

社会福祉法人秋田県厚生協会
ケアハウス弥生が丘 施設長 宛

令和 年 月 日



氏名 _____ 印 _____

個室:二人室

ふりがな氏名	男 女	生年月日 明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
現住所	〒 _____ Tel _____	
本籍地 (筆頭者)	_____	
入居希望の理由	_____ _____ _____	

子供、兄弟、縁故関係者

氏名	続柄	職業	住所	電話番号

身元保証人	ふりがな氏名	男 生年月日 明治・大正・昭和 女 年 月 日生(歳)	続柄
	住所	Tel _____	
	連絡先	Tel _____	

日常生活健康状態	在宅での日常生活状況	移動 普通・杖歩行・車椅子利用・その他() 行動 屋外・家のまわり・屋内・その他() 入浴 自力で可能・やや不安・不安・その他() 洗濯 自力で可能・やや不安・不安・その他() 買物 自力で可能・やや不安・不安・その他() 掃除 自力で可能・やや不安・不安・その他()
	在宅での生活状況	○起床時間()時頃・就寝時間()時頃 ○食事時間 朝()時頃 昼()時頃 夜()時頃 ○入浴回数 回/週
	視力	普通・やや悪い・見えない・その他()
	聴力	普通・やや悪い・聞こえない・その他()
	言語	普通・少し不自由・不自由・その他()
	持病の有・無	病名() 主治医()
	通院治療	病名() 主治医() 病名() 主治医()
	既往歴	-----
	身障手帳	手帳の有・無 (種 級) 障害名 _____
	要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

収入状況	年金種別	年金名() 年額()円 年金名() 年額()円 年金名() 年額()円
	給与	無・有 会社名 _____ 年額()円
	不動産	無・有 家賃・地代・他() 年額()円
利用料等経費の支払	1. 全額本人負担 2. 一部縁故者 3. 全額縁故者	縁故者の場合 住所 _____ Tel _____ 氏名 _____ 印 _____ 職業 _____

利用したことのある在宅サービス	介護保険サービス() 公的福祉保健制度()
-----------------	----------------------------

受付年月日 令和 年 月 日

受付者 _____ 印 _____

診断書

ケアハウス 弥生が丘

ふりがな		男	明治・大正・昭和
氏名		・	年月日
		女	(歳)
住所	〒 住所 電話		
既往歴 及び 病名 <small>現在の病名があれば 番号を〇で囲んで下 さい</small>	1. _____ (発症日) 2. _____ (発症日) 3. _____ (発症日) 4. _____ (発症日) 5. _____ (発症日) 6. _____ (発症日) 7. _____ (発症日) ・症状としての安定性..... <input type="checkbox"/> 安定..... <input type="checkbox"/> 不安定..... <input type="checkbox"/> 不明..... 「不安定」とした場合、具体的な状況を記入。.....		
血液型	型	身長	cm
		体重	kg
		血圧	～ mmHg
感染症	HBsAg		TPHA 法
	HCV		MRSA 感染
認知症有無	有り(程度 : 軽・中) 無し		
精神状態	有り <input type="checkbox"/> 躁状態 <input type="checkbox"/> 鬱状態 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 その他 () 無し		
皮膚病	有り <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> 白癬 <input type="checkbox"/> 皮膚掻痒感 <input type="checkbox"/> その他 () 無し		
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 尿取りパット <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他		
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 見えない <input type="checkbox"/> 眼鏡使用		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや悪い <input type="checkbox"/> 聞こえない <input type="checkbox"/> 補聴器使用		

検査日: 令和 年 月 日	心電図検査 (コピーでも可)	胸部 X線撮影 (コピーでも可)
尿検査	蛋白 糖 潜血	検査日: 令和 年 月 日 異常所見 有り・無し
血液学的検査	RBC Hb Ht PLT WBC アルブミン	検査日: 令和 年 月 日 (3ヶ月以内の写真) 異常所見 有り・無し 結核既往 有り・無し・不明
生化学検査	TP AST ALT γ-GTP LDH	T-Cho T-G BUN CREA UA
		Na K Cl FBS HbA1c
所見及び今後の診察・特記事項	〇ケアハウスで生活する上での留意点があれば記入下さい。	現在の処方内容

令和 年 月 日

住 所
医 院 名
医 師 名

印

ケアハウス 弥生が丘

四季の喜びに共感し、心安らぐ場を提供します。

入居者の方々が、日常生活を快適に過ごすために住宅機能と福祉機能を併せ持った施設です。

ケア(介護)に配慮しつつ自立した生活を確保できるよう工夫されています。

「弥生が丘」は、お互いの人格を尊重し規律を守り、親睦と融合を深めながら助け合い、

★入居できる方

- ・60歳以上の方
(ご夫婦の場合、一方が60歳以下でも可能)
- ・日常生活をご自分で営める方
- ・所定の利用料金をお支払いできる方
(保証人が必要)

★サービス

- ・1日3食、食事サービスが受けられます。
- ・緊急事態にナースコールで24時間、職員が対応します。
- ・毎日、入浴できます。
- ・生活相談に各種専門スタッフが応じます。
(医療・福祉関係・相談員等)
- ・必要に応じて、ケアハウスに入居しながらデイサービス、ヘルパー等の福祉サービスが利用できます。
- ・月に一回程度、買い物をかねたドライブ外出等に参加できます。

★利用定員 15名

★居室数

- | | |
|------|-----|
| 1人部屋 | 13室 |
| 2人部屋 | 1室 |



関係事業所

- 社会福祉法人 秋田県厚生協会
- 特別養護老人ホーム 南寿園
- 南寿園居宅介護支援事業所
- 南寿園ディサービスセンター
- 南寿園ショートステイ
- 南寿園ホームヘルパー
- 牛島地域包括支援センター南寿園

ケアハウス 弥生が丘

住所 〒010-1406
秋田市上北手猿田字後谷地108-3
電話 018-829-0700
FAX 018-829-0666
担当 加藤

