

ケアハウスフェニックスコート利用申込書

フェニックスコート施設長 様

平成 年 月 日

申 込 者	フリガナ			印	明治 大正 昭和	年	月	日生	男 ・ 女
	氏名								(満 歳)
	〒	TEL (連絡先)							
身 元	フリガナ			印	明治 大正 昭和	年	月	日生	男 ・ 女
	氏名								(満 歳)
	〒	TEL (連絡先)							
引 受 者	フリガナ			印	明治 大正 昭和	年	月	日生	男 ・ 女
	氏名								(満 歳)
	〒	TEL (連絡先)							
	〒	TEL			続柄				
申 込 理 由	1	炊事が出来ない			その他の理由 []				
	2	独り住まいなので心配							
3	家庭の事情で家族と同居が困難								
4	身寄りがない								
5	その他								
親 族 状 況	氏 名	年 齢	続 柄	住 所	電 話 番 号	職 業			
加 入 利 用 保 険	健康 保険	1. 後期高齢者 2. 国保本人 3. 国保家族 4. 社保本人 5. 社保家族 6. その他()							
	介護 保険	介護認定を受けてますか。(はい・いいえ)			「はい」のときはこの欄に記入下さい 要支援1・要支援2 要介護1・2・3・4・5				
生 活 状 況 等	【学歴】 大卒・短大卒・高卒 旧制中学卒・中学卒・その他			【職歴】主たるところ			【結婚歴】 有・無 死別(年)・離別		
	【転居歴】主たるところ			【趣味・宗教】			【性格】		
	【嗜好】 酒(程度) たばこ(程度)			【食事】 好きな食物() 嫌いな食物() 制限してる() アレルギー等()					

第1号様式

収入の状況		該当する年金等を選び、ご記入ください	
国民年金	 (1. 老齢年金	3. 老齢福祉年金)
厚生年金	 (1. 老齢年金	2. 遺族年金)
恩給	 (種 類
その他の年金	 (種 類
一年間の年金総額		万円	
一年間の収入の状況			
1. 年金のみ	2. 年金+()	3. 年金+親族負担	
	金額 円	金額 円	
必要経費支払方法	2または3の方(負担者)		
1 全額本人負担	住所		
2 一部親族負担	氏名 印 続柄()		
3 全額親族負担	負担可能額 月額 円		
健康状態	1. 特に症状なし 2. 通院中 (医療機関名) (疾病名)		
2. にしるしをつけた方は以下の質問にわかる範囲でお答え下さい。			
過去5年以内に医師の治療(指示・指導をみます。)投薬を受けたことがありますか。	あり	なし	「あり」のときはこの欄に詳しく記入して下さい。 [病気やケガの名前・障害内容]
過去5年以内に下記の病気で、手術を受けたことまたは継続して3週間以上にわたり医師の治療・投薬を受けたことがありますか。 <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 ・脳卒中(脳出血、脳梗塞、くも膜下出血)、脳動脈硬化症 ・うつ病、ノイローゼ、てんかん、自律神経失調症、アルコール依存症、精神病 ・ぜんそく、慢性気管支炎、肺結核 ・胃潰瘍、十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎、膵臓炎 ・慢性肝炎・肝硬変、肝機能障害 ・腎炎、ネフローゼ、腎不全、痛風 ・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、膠原病、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	なし	<ul style="list-style-type: none"> [治療・投薬を受けた年月日または期間] 年 月 ~ 年 月 [入院の有無] <input type="checkbox"/>あり・<input type="checkbox"/>なし [入院の有無] 年 月 ~ 年 月(約 日間) [手術の有無] <input type="checkbox"/>あり・<input type="checkbox"/>なし [手術の名前または部位]() [病状経過] <input type="checkbox"/>完治 終診年 年 月 <input type="checkbox"/>治療中 (現在の症状・治療内容・障害内容等) [] ・眼科疾患の場合 視力(右)(左) ・痛風の場合 尿酸値() ・肝機能障害の場合 肝数値 GOT() GPT() γ-GTP() ・高血圧症の場合 血圧値(/) ・糖尿病の場合 空腹時血糖値() (糖尿病の治療方法)
手・足の欠損または機能に障害がありますか。または、背骨(脊柱)・視力・言語・咀嚼機能に障害がありますか。	あり	なし	「あり」の場合この欄に詳しく記入して下さい。 障害部位 () 手帳 (有・無)(種 級)
日常生活身の回りのことが自分で出来ますか。	はい	いいえ	「いいえ」のときはこの欄に該当 食事・入浴・洗濯・排泄・衣服の着脱 その他()