

フェリコ館をお申込みになる方へ

この度は、ケアハウス「フェリコ館」への入居を申し込みいただきましてありがとうございます。申し込みにつきましては、下記の書類の準備が必要となります。お手数ですが、①～⑦の書類をご準備いただいた上、お申込みをいただきますようお願い申し上げます。尚、ご夫婦での申し込みの際は、それぞれ一通ずつ書類を提出いただきます。

①入居申込書(所定の用紙がございました) ・写真を貼っていただく用紙 ・住居や身体状況を記入いただく用紙	計3枚
②身元保証書(所定の用紙がございました) ・保証人については、基本的に2名の方を選出いただきます ・2名の方のお一人については、仙台市内にお住まいの方が望ましい	
③診断書(所定の用紙がございました) ・主治医の先生に記入いただくようお願いいたします <u>※診断書は、入居決定後にお取りいただきますので、申し込みの段階での提出の必要はございません。</u>	
④経歴書(所定の用紙がございました) ・入居時に参考にさせていただきます ・親族の構成はご記入いただける範囲で結構です	
⑤住民票(現在お住まいの住所地の物を一通)	
⑥各年金及び恩給の証書の写し(コピー)	
⑦前年中の収入を証明する書類の写し(コピー) ・年金や恩給などを受給されている方⇒前年度の源泉徴収票(可) ・上記以外の収入のある方⇒確定申告の写し <u>※年金や恩給等以外に金銭収入のある方は、課税標準として把握された所得の金額を収入と認定します</u>	

ご不明な点がございましたら、フェリコ館までお問い合わせ下さい。

社会福祉法人 東北福祉会
 ケアハウス フェリコ館

022-277-3866

入居申込書

写真貼付
3×4cm
3ヶ月以内

社会福祉法人東北福祉会
ケアハウスフェリコ館施設長 様

令和 年 月 日

ふりがな
入居者氏名 _____ 印

ケアハウスフェリコ館へ入居したく、下記により申し込み致します。
尚、本書記載事項が事実と相違したときは、申し込みに関する一切の権利が取り消しとなっても異議ありません。

記

居室の希望	一人室 ・ 二人室		入居希望日	年 月 日頃	
生年月日	明治・大正・昭和・平成		年 月 日 (歳)	男・女	
現住所	TEL :				
本籍地	都・道・府・県				
収入状況	年金恩給等	種 類		年 額	円
		種 類		年 額	円
	給 与	勤務先		年 額	円
	不動産収入	種 類		年 額	円
	利 子 収 入			年 額	円
	その他収入			年 額	円
	借 入 金	金額	円	借入先	期間
利用料等 経費支払	1.本人負担	※番号のいずれかに○を。2, 3の方は下に記入を。 <縁故者の場合> 住所 氏名 職業 続柄 ()			
	2.一部縁故者				
	3.全額縁故者				
住居の状況	区 分	広 さ	家 賃	現在の住居での問題点	
	自 家	室			
	借 家	室	円		
	アパート	室	円		
	そ の 他	室	円		

身 体 の 状 況	日常生活	日常生活動作	歩 行	自 立・杖歩行・車椅子					精 神 の 状 況	性 格	
			行動範囲	屋 外・家の周り・屋内						人づきあい	苦手・普通・積極的
			食 事	自力で可・やや不安・不可						精神状態	正常・精神障害あり ↓ ()
			入 浴	自力で可・やや不安・不可							問題行動
			排 泄	自力で可・やや不安・不可						睡眠状況	良好・不眠・時々不眠
			着 脱 衣	自力で可・やや不安・不可							
	健康状態	生活の困難性及び不安について 健 全 ・ 病 弱 ・ 持 病 (病名)									
		現病歴、既往歴及び生活上困難と感じていること (具体的に)									
	処 方 薬	内服薬	薬 時間								
				朝							
昼											
夜											
その他											
一時薬											
身体障害	無・有 (部位)					手帳：無・有 (種 級)					
介護保険状況	非該当 ・ 要支援 ・ 要介1 ・ 要介2 ・ 要介3 ・ 要介4 ・ 要介5 ・ 申請中										
	↓ ケアマネージャー (事業所名：) 担当者名： ()										
	サービス利用状況 (例：ホームヘルパー週2回)										
入居希望の理由	(具体的に)										

(注) 1. 記入上の注意 ・項目毎に該当するところを○で囲んでください。

・ () の箇所はできるだけ具体的に記述してください。

2. この申込書で受付予備審査し、適格者と認められた場合は、面接の上入居者を決定致します。

3. 面接通知を受けたときは、保証人もご同席ください。

趣味・嗜好

- 定期購読をしている新聞。

.....

- 好きな音楽。

.....

- 興味のある余暇活動。

.....

.....

- 趣味や習い事など。

.....

.....

- 常用している嗜好品。

アルコール： 飲まない ・ 飲む（量： 日／週 ・ 合／一日）

タバコ： 吸わない ・ 吸う（量： 本／一日）

- その他（アレルギーや嫌いな食べ物があれば具体的に）。

アレルギー：

.....

嫌いな食べ物：

.....

- 病院から指導されていること（食事について）

カロリー制限： ない ・ ある（ Kcal）

禁止食：

.....

身元保証書

令和 年 月 日

社会福祉法人東北福祉会

ケアハウスフェリコ館施設長 様

(本人) 住所.....

氏名.....

この度、上記本人 が貴館入居に際しましては、別記事項を堅く守りますとともに、本人の身元に関する一切の事項は、身元保証人が連帯してその責に任じますことを連署のうえ、本書を提出いたします。

身元保証人 1

現 住 所.....

☎ () -

職 業.....

本人との関係.....

ふりがな
氏 名 実印

年 月 日生

身元保証人 2

現 住 所.....

☎ () -

職 業.....

本人との関係.....

ふりがな
氏 名 実印

年 月 日生

記

1. フェリコ館の諸規則並びにご指示を堅く守ります。
2. フェリコ館の生活が不相当と認められた場合は、契約の解除いつ退館を命ぜられても異議を申しません。この場合本人の引き取りは身元保証人が責任を負います。
3. 所定の費用は、毎月所定の期日までに必ず納入いたします。
4. 本人が所定の諸費用支払い不能になった場合は、保証人において支払います。
5. 本人が故意又は過失によって、建物、設備に損害を与え、又、無断で居室に工作を加え、設備、備品の形状を変更したときは、本人と連帯してその損害を弁償し、又は原状に回復いたします。

診断書

氏名： (男 ・ 女) 生年月日：明・大・昭 年 月 日 (歳)

住所： (TEL) - -

●診断名

診 断 名	発病年月日	診 断 名	発病年月日

●病歴・現病・主症状等

●治療（内服 注射 リハビリ等）

●精神疾患及び認知症 有 ・ 無 （病名： ）

障害高齢者日常生活自立度 ☐自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2

認知症高齢者日常生活自立度 ☐自立 ☐I ☐II a ☐II b ☐III a ☐III b ☐IV ☐M

具体的状況

●身体所見

身長	c m	体重	k g	血圧	/	mmHg	脈拍	/分	整	不整
----	-----	----	-----	----	---	------	----	----	---	----

●感染症スクリーニング

I. 一般検査

○褥瘡： 有 ・ 無（部位： 軽度・中等度・重度 ）

○胸部 X 線像（3 か月以内）の異常 有 ・ 無（具体的に ）

○結核の既往 有 ・ 無（具体的に ）

○誤嚥性肺炎の既往 有 ・ 無（具体的に ）

○心電図の異常 有 ・ 無（具体的に ）

II. 血清検査

○肝炎 HBsAg (－ ＋) ※ ＋の場合 (eAg - ・ +) (eAb - ・ +)

HCV 抗体 (－ ＋)

○梅毒 血清梅毒反応 (－ ＋) ※陽性の場合 (未治療 ・ 治療済)

●その他の検査

赤血球		アルブミン		BUN	
白血球		GOT		C r	
血色素		GPT		血糖	
総蛋白		r - GTP		H b A 1 c	
CRP					

令和 年 月 日

医療機関名：

医師氏名：

經歷書

令和 年 月 日現在

○学歴・職歴・役職・賞罰・出身地・戸籍の異動等ご記入下さい。

[illegible]

○病歴等

○ペースメーカーの使用 有 ・ 無 ※有の方は電磁調理器の使用を変更します。