

申込日 平成 年 月 日

(様式1)

入 所 申 込 書

申 込 者 〒

介護老人福祉施設

住 所

特別養護老人ホーム

氏 名

印

入所希望者  
との関係

高 原 荘 様

電 話

携帯電話

入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな											明治				
	氏 名	男 女										生年月日	大正	年	月	日
												昭和		満	歳	
	住 所	〒										電話番号				—
	介 護 保 険	要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5													
		被保険者番号												保険者 (市町村)		
		認 定 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日													
	健 康 保 険	種 別											障害者手帳	種 類		
		記 号 番 号												判 定		
	収 入 状 況	年 金 等	(種別) (支給年額)													
			(種別) (支給年額)													
			生活保護受給	有 ・ 無												
	現 況 ( 在 宅 )	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している														
		在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり (内容 ) <input type="checkbox"/> なし														
		<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している														
現 況 (施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい)															
	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム															
	<input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他( )															
	施設又は病院名										入所又は入院時期 年 月 頃					
医 療 の 状 況	現病名( )															
	病 歴( )															
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理															
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他( )															
入 所 希 望 者 の 日 常 生 活 状 況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 ( )															
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある															
	移動・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他( )														
	食事・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食														
	排泄・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他( )														
入浴・・・ <input type="checkbox"/> 自分で可 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助																

