

(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<br>所<br>希<br>望<br>者<br>の<br>状<br>況   | ふりがな                                               |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                | 明治   |              |     |   |   |   |
|                                        | 氏 名                                                | 男 女                                         |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                | 生年月日 | 大正           | 年   | 月 | 日 |   |
|                                        | 住 所                                                | 〒                                           |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                | 昭和   |              |     |   | 満 | 歳 |
|                                        | 介 護 保 険                                            | 要 介 護 度                                     | □要介護度1 □要介護度2 □要介護度3 □要介護度4 □要介護度5 |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        |                                                    | 被保険者番号                                      |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      | 保険者<br>(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<br>( 在 宅 )                                     | □自宅で一人暮らしをしている □自宅で夫婦と暮らしている □自宅で子供と同居している  |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        |                                                    | 在宅サービスの利用 □あり (内容 ) □なし                     |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        |                                                    | □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<br>(施設・病院)                                     | □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) |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
| □特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □養護老人ホーム □グループホーム |                                                    |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
| □病院(救急) □病院(一般) □病院(療養) □その他( )        |                                                    |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
| 医 療 の 状 況                              | 施設又は病院名                                            |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  | 入所又は入院時期 年 月 頃 |      |              |     |   |   |   |
|                                        | 現病名( )                                             |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        | 病 歴( )                                             |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        | □鼻腔栄養 □胃ろう □インシュリン注射 □ペースメーカー □痰吸引 □酸素療法 □透析 □疼痛管理 |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
| 入 所 希 望 者 の 日 常 生 活 状 況                | □認知症がある →特記すべき症状 ( )                               |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        | □視力に障害がある □聴力に障害がある □言語に障害がある □手足に障害がある            |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        | 移動・・・□自分で可 □一部介助 □全介助                              | □杖を使用 □車椅子を使用 □歩行器 □その他( )                  |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
|                                        | 食事・・・□自分で可 □一部介助 □全介助                              | 形態:□普通食 □刻み食 □流動食 内容:□普通 □治療食               |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
| 排泄・・・□自分で可 □一部介助 □全介助                  | □トイレ □ポータブル □オムツ □その他( )                           |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |
| 入浴・・・□自分で可 □一部介助 □全介助                  |                                                    |                                             |                                    |       |  |  |  |  |  |  |                |      |              |     |   |   |   |

