No.

入所・短期入所申込書

介護老人保健施設
甲府南ライフケアセンター

受付日	年　月　日	担当ケアマネ名	
判定日	年　月　日	事業所名	

ふりがな		性別	男・女
入所者氏名		生年月日	明治 大正　年　月　日 昭和　（　歳）
住所	〒		電話（　）　-
申込依頼者			続柄
住所	〒		電話（　）　- 携帯（　）　-

申込者の状況について○で印等を付けてください。

介護保険情報		要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５） 認定の有効期間　年　月　日 ～　年　月　日					
視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自分で可	一部介助	全介助
聴力	普通	やや難聴	難聴	食事			
言葉	普通	少し不自由	不自由	入浴			
褥瘡（床ずれ）	無	有（場所　）		排泄			
おむつ	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		衣服着脱			
リハパン	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		起座			
徘徊	無	昼夜・昼のみ・夜のみ		移動			
認知症の程度	軽度	中度	高度		杖・車椅子・歩行器・押し車		
現在の居場所	自宅・病院・介護施設等（　）						

今までに入院をしたことがありますか？　ある・ない

傷病名と傷病歴をなるべく詳しくお書きください。（いつ、どのような病気で、どこの病院にかかりましたか）

入所をご希望の理由は…	家族構成

医療法人　立星会