

(様式1)

入所申込書

申込者 氏

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

様

電話

携帯電話

| | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|---|----|----------|---|
| 入所希望者の状況 | ふりがな | | | 明治 | | | | |
| | 氏名 | 男 | 生年月日 | 大正 | 年 | 月 | | |
| | | 女 | | 昭和 | | 日 | | |
| | 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 |
| | 健康保険 | 種別 | | | 種別 | | | |
| | | 記号番号 | | | 障害者手帳 | 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() | | | | | | | |
| 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() | | | | | | | |
| | <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 | | | | | | | |
| 入所希望者の日常生活状況 | <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() | | | | | | | |
| | <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 | | | | | |

