

(様式1)

入所申込書

介護老人福祉施設

特別養護老人ホーム

様

申込者 氏

住所

氏名

印

入所希望者との関係

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	日	昭	
		女		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
	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()								
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						

