

(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

〔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		氏 名		男 女	生年月日	明治 大正 昭和				年	月	日	歳	
	住 所						〒 — 電話番号 —								
	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 (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)		☐ 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 (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()													
		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()													
		☐ 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													
		☐ 人工肛門 ☐ 膀胱留置カテーテル ☐ 褥瘡 ☐ C型肝炎等 ☐ MRSA ☐ その他()													
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														

