

(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
 シーサイドホーム 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											
	氏 名						男 女	生年月日	明治 大正 昭和	年	月	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 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)	<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()											
	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()											
	<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											
	<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()											
入所希望者の日常生活状況	<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											

