

(様式1)

# 入 所 申 込 書

申込日 令和 年 月 日

介護老人福祉施設  
特別養護老人ホーム 三宝荘 様

申込者 下

住 所

氏 名 印 (入所希望者との関係)

電 話

携帯電話

施設長	庶務課長	主任	係

入 所 希 望 者 の 状 況	ふりがな											明治		
	氏 名											大正 年 月 日		
		男	生年月日											昭和 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 <small>※要介護1又は2の方は「入所申込書(別紙1)」の該当すると思われる項目にレ印等を付けてください</small>											
		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	
		記 号 番 号											種 類 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"/> 胃瘻 <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"/> 人口肛門 <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"/> 人口肛門 <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	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"/> 歩行者	<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										

\*裏面の記入もお願いします。

