

特別養護老人ホーム入所申込書 新規 変更

特別養護老人ホーム

「ますだ」ハイツ 施設長 様

くしろ宝寿苑 施設長 様

\*1 該当するものを○で囲んで下さい。

\*2 欄は該当する箇所へ☑して下さい。

申込日 令和 年 月 日

利用者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
	氏名		生年月日	M T S 年 月 日	
	現住所	〒	電話番号	( )	
	介護保険者	<input type="checkbox"/> 益田市 <input type="checkbox"/> 津和野町 <input type="checkbox"/> 吉賀町 <input type="checkbox"/> その他( )			
	介護保険被保険者番号:	認定期間:	年 月 日~	年 月 日	
申込者	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年齢
	氏名		印 続柄( )	生年月日	M T S 年 月 日
	現住所	〒	電話番号	( )	
	連絡先	〒	電話番号	( )	
	入居申し込みについて本人への説明の有無			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

本人の状況

要介護度	1 2 3 4 5	特記行動	自傷行為 夜間せん妄 不穏興奮 大声 奇声 徘徊 攻撃行為 弄火 その他( )
家族状況	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らし <input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしだが、隣や同敷地内に家族が住んでいる <input type="checkbox"/> 介護者はいるが <input type="checkbox"/> 高齢 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 就労で介護が難しい <input type="checkbox"/> その他( )詳細は裏面へ記入して下さい ※家族(同居の2親等以内の親族) ・同居の家族について、裏面に記入願います。 ・同居家族のない方は近親者の状況を裏面に記入願います。		備考 高齢:70歳以上 病気:介護ができない 程度の傷病 就労:週40時間以上
医療状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他( ) 現在治療中の病名 かかりつけ医 医療機関名: 主治医: <input type="checkbox"/> 現在医療機関に入院中である <input type="checkbox"/> 入院していない ・病院名 ・入院日 昭和 平成 令和 年 月 日 ・所在地 ・入院の経緯と今後の見込み		
入所状況	<input type="checkbox"/> 他の介護保険施設などに入所中である <input type="checkbox"/> 入所していない ・施設名 ・入所日 昭和 平成 令和 年 月 日		

