

軽費老人ホーム コーポ「ますだ」 入所申込書 新規 変更 撤回

コーポ「ますだ」 施設長様 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	()	
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		
	日中の連絡先	〒	電話番号		
	入所申込みにあたっての本人の意思確認状況			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
入所申込みにあたっての家族・親族の意思確認状況			<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		

本人の状況 * 要介護度が変更すれば連絡してください

要介護度	自立	要支援1		要支援2			特記事項	自傷行為 興奮 大声 行為 弄火 その他()	夜間せん妄 奇声 徘徊 物とられ妄想	不穏 攻撃	※
	要介護	1	2	3	4	5					
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(高齢、病気、就労)で介護が難しい <input type="checkbox"/> その他() 詳細は裏面特記へ記入してください ※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。 ・同居の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		※	
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"/> 食事制限 <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:										※
入所状況	<input type="checkbox"/> 現在、他の介護保健施設などに入所中である <input type="checkbox"/> 入所していない ・施設名 ・所在地 ・入所日 昭和 平成 年 月 日										※

介護保険利用状況		※
担当ケアマネジャーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	※
事業所名	居宅介護支援事業所	※
事業所電話番号	()	※

※施設記入欄

