

申込日：平成 年 月 日

入所希望者	ふりがな	性別	生年月日	年齢
	氏名：	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ	歳
住 所	〒 _____			
	電話 _____ (_____)			
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <small>※要介護1、又は2の方が入所するためには特例入所要件に該当する必要があります。まずはご相談下さい。</small>			介護保険被保険者番号
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 生活保護		年金： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 月(_____)万	
介護者の状況	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> 介護者がいない <input type="checkbox"/> 介護者がいる <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 介護者はいるが高齢又は療養中			
ご家族の状況	氏名	続柄	住所	連絡先
				TEL _____
				TEL _____
				TEL _____
お住まい(今いる場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他施設 (_____) 病院・施設名 (_____)			
身体状況	【食 事】 主食： <input type="checkbox"/> 米 飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 副食： <input type="checkbox"/> 常 食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> 極キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー 介助レベル： <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	【排 泄】 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> オムツ 介助レベル： <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 全介助 【移 動】 立位： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/> 不可 歩行： <input type="checkbox"/> 自 立 <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり 転倒の危険性： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ベッドからの転落・滑落の危険性 <input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 【入 浴】 <input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 【認知症】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 【認知症による周辺症状】 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻 覚 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴 言 <input type="checkbox"/> 暴 行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不穏・興奮 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 独 語 <input type="checkbox"/> 大 声 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 異 食 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
医療状況	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 胃 瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透 析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 吸 引 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 感染症の有無： 有 ・ 無 (_____) (_____) 褥 瘡の有無： 有 ・ 無 (_____) (_____)			
申込者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> 代理人		続柄	電話番号
	氏名：	①		TEL： _____ (_____)