

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。まずはご相談ください。</small> | | | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | | |
| | | | | <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 _____ | | | | | | | | | | | |
| 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 転倒の可能性： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> ベッドからの転落・滑落 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 【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： (_____) | | | | | | | | | | | |