

特別養護老人ホームこころの里 入所申込書

特別養護老人ホームこころの里 施設長 殿

申込代理人（手続きにお見えになった方）		申 込 日	年	月	日
フリガナ					
氏 名					続柄
住 所	〒				
	携帯番号	()		電話番号	()

施設を利用したいので、次のとおり申込みます。

今後、郵便物などはこの住所先にお送りさせていただきます。

フリガナ					男									
氏 名					・	M T S	月	日生	(歳)					
住 所	〒					電話番号 ()								
	介護保険	被保険者番号								要介護度	1	2	3	4
認 定 期 間	年 月 日 から					年 月 日								
健 康 保 険	種別					記号・番号								
年 金 等	種別													
現 在 の 居 所	<input type="checkbox"/> 自宅		名 称											
	<input type="checkbox"/> 入院中		住 所											
	<input type="checkbox"/> 入居中		入居開始又は入院期間			年 月 日 ~								
申込日前月に 利用中のサービス	訪問介護	回		訪問入浴	回		訪問看護	回						
	訪問リハ	回		通所介護	回		通所リハ	回						
	福祉用具貸与	品		短期入所生活介護	回		短期入所療養介護	回						
心 身 状 態	歩 行	<input type="checkbox"/> 歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー							<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> オムツ							<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 [主食] <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト [副食] <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト												
	嚥 下	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ときどきむせこむ <input type="checkbox"/> いつもむせこむ												
	入 浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴							<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	着 脱 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助												
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲				聴 力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴							
	認 知 症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (特記)												
	意 思 の 疎 通	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> ほとんど理解できる <input type="checkbox"/> 簡単な内容は理解できる <input type="checkbox"/> 理解できない												
	精 神 症 状	<input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()												
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 (特記)													
医 療 の 状 況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> ストーマ (人工肛門) 処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 痰吸引管理 <input type="checkbox"/> 結核既往あり <input type="checkbox"/> その他 ()													
	治療中の病名					受診先の医療機関								
【特記事項】														

施設記入欄	担当者名					
	受 付 日	年	月	日		