

入所申込書

記入日： 令和 年 月 日

フリガナ			<input type="checkbox"/> 男	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	歳
氏名			<input type="checkbox"/> 女		年 月 日	
			電話番号			
住所	〒					
病名・既往歴						
要介護度	<input type="checkbox"/> 介護5 <input type="checkbox"/> 介護4 <input type="checkbox"/> 介護3 <input type="checkbox"/> 介護2 <input type="checkbox"/> 介護1 <input type="checkbox"/> 申請・区変中					
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		被保険者番号			
認定日	年 月 日 (申請・区分変更中の方は申請日を記入)					
健康保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 生活保護 (担当者：) <input type="checkbox"/> その他					
介護保険 負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 第1段階 <input type="checkbox"/> 第2段階 <input type="checkbox"/> 第3段階)					
年金額	円 / 月		精神障害者 保険福祉手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (級)	
身体障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (種 級 障害名：)					
障害高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
認知症高齢者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					

身元 引受人	フリガナ			電話番号①	
	氏名			電話番号②	
	住所	〒		職業	

入所後の 転帰先 希望 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 家に帰りたい、帰したい		在宅復帰後の予定： <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 家族と同居	
	<input type="checkbox"/> 本人に合わせた施設に入居したい、してもらいたい(ケアハウスやグループホーム等)			
	<input type="checkbox"/> できる限りお金をかけずに施設に入居したい、してもらいたい(特養等)			
入所生活 に対する ご要望	ご本人			
	ご家族			

健康状態・ 生活状況	身長	cm	体重	kg	半年間の体重著変	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	誤嚥	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	経管栄養	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	起居	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移乗	<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	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	半年間の 転倒歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子		
	特別な医療 や認知症の 周辺症状等					

病院名 事業所名		担当		電話番号	
-------------	--	----	--	------	--

※申込時の状況で記載をお願いします。入所が近くなりましたら詳細な生活状況について改めてご連絡させていただきます。

ご記入いただいた情報は、十分な配慮を持って施設サービスに活用させていただくとともに、個人情報保護法等に基づき適切な管理のもと第三者へ漏洩しないことを約束します。

医療法人社団 青雲会 介護老人保健施設 エバークリーンハイツ室蘭 連絡先：0143-46-4500