

(様式1)

入所申込書

社会福祉法人高幡福祉会
 特別養護老人ホーム
 大井川 様

申込者 氏

住所
 氏名 入所希望者との関係 印
 電話
 携帯電話

入所希望者の状況	ふりがな			明治			
	氏名	男女	生年月日	大正	年	月 日	
	住所	〒 -		電話番号 -			
	介護保険	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護度1 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度5				
		被保険者番号					保険者(市町村)
		認定期間	年 月 日		～	年 月 日	
	健康保険	種別			障害者手帳	種類	
		記号番号				判定	
	収入状況	年金等	(種別)		(支給年額)		
			(種別)		(支給年額)		
			生活保護受給	有 ・ 無			
	現況(在宅)	<input type="checkbox"/> 自宅で一人暮らしをしている <input type="checkbox"/> 自宅で夫婦と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で子供と同居している					
		在宅サービスの利用 <input type="checkbox"/> あり(内容) <input type="checkbox"/> なし					
		<input type="checkbox"/> 在宅介護サービスの支給限度額以上のサービスを利用している					
	現況(施設・病院)	<input type="checkbox"/> 施設や病院で生活している (施設種別をチェックして名称・時期などをご記入して下さい)					
<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム							
<input type="checkbox"/> 病院(救急) <input type="checkbox"/> 病院(一般) <input type="checkbox"/> 病院(療養) <input type="checkbox"/> その他()							
施設又は病院名			入所又は入院時期 年 月 頃				
医療の状況	現病名()						
	病歴()						
	<input type="checkbox"/> 鼻腔栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理						
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> C型肝炎等 <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()						
入所希望者の日常生活状況	<input type="checkbox"/> 認知症がある →特記すべき症状 ()						
	<input type="checkbox"/> 視力に障害がある <input type="checkbox"/> 聴力に障害がある <input type="checkbox"/> 言語に障害がある <input type="checkbox"/> 手足に障害がある						
	移動...	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 杖を使用 <input type="checkbox"/> 車椅子を使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> その他()		
	食事...	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	形態: <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> 流動食 内容: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 治療食		
	排泄...	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他()		
	入浴...	<input type="checkbox"/> 自分で可	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助			

