

ご入所申込書

記入日 年 月 日

ご利用者様	氏名	カガナ			男女	生年月日	(歳)		
							明治・大正・昭和	年	月
住所	〒	-					(独居 同居)		
						TEL :	-	-	
連絡先	(昼) 氏名 :	続柄 :				TEL :	-	-	
	(夜) 氏名 :	続柄 :				TEL :	-	-	
	緊急 氏名 :	続柄 :				携帯 :	-	-	
利用目的	在宅復帰準備				視力	・普通 ・弱視 ・全盲			
	在宅困難				聴力	・普通 ・やや難聴 ・難聴			
	他施設待機中 (入所時期 年 月 日)				義歯	・無 ・有 (上 下 上下)			
	介護老人保健施設 ()				意思表示	・可 ・不可 ()			
特別養護老人ホーム ()									
その他 ()									
病歴	現在通院中及び過去の傷病をご記入下さい。								
家族状況 (主たる介護者に 印)					日常生活動作状況				
介護者	居住	氏名	続柄	年齢	歩行:自立	一部介助	全介助()		
	同・別				食事:自立	一部介助	全介助()		
	同・別				排泄:自立	一部介助	全介助()		
	同・別				入浴:自立	一部介助	全介助()		
	同・別				着脱:自立	一部介助	全介助()		
	同・別				認知症:軽度	中度	重度()		
現在の状況 要介護 (1・2・3・4・5) 申請中 未申請 経過的要介護 要支援 (1・2)					居室希望				
介護認定期間 年 月 日 ~ 年 月 日					ユニット (個室) 多床室 (4 人部屋) どちらでも				
1. 入院中 病医院名 (牛久愛和総合病院 館 階) (他 名称 :)					入所希望日 年 月 日				
2. 施設入所中 施設名 ()					退院予定日 年 月 日				
3. 在宅 利用介護サービス名 訪問介護 訪問看護 通所介護 通所リハビリテーション 福祉用具貸与									
施設記入欄 (記入不要)									

判定時に「診療情報提供書」が必要となります。