

春秋園入所申込書

記入日 年 月 日

ご利用者様	氏名	フリガナ	男・女	生年月日
				M・T・S 年 月 日 (歳)
	住所	〒		
		TEL		

現在の状況	介護度	要介護 (1・2・3・4・5)	要支援 (1・2)	申請中	未申請
	認定の有効期間	年 月 日 ~		年 月 日	
	1	入院中	<input type="checkbox"/> 牛久愛和総合病院 館 階	病歴	
			<input type="checkbox"/> 他 病院名		
2	施設入所中	施設名			
3	在宅	居宅支援事業所名 担当者名			
※現在及び過去の傷病をご記入下さい					

身体状況・日常生活動作状況	視力	普通・弱視・全盲	歩行	自立・一部介助・全介助
	聴力	普通・やや難聴・難聴	食事	自立・一部介助・全介助
	義歯	無・有(上・下・上下)	排泄	自立・一部介助・全介助
	意思表示	可・不可	入浴	自立・一部介助・全介助
	認知症	軽度・中度・重度	着脱	自立・一部介助・全介助

利用目的	<input type="checkbox"/> 在宅復帰準備	居室希望	<input type="checkbox"/> 多床室(4人部屋)
	<input type="checkbox"/> 在宅困難		<input type="checkbox"/> ユニット(個室)
	<input type="checkbox"/> 他施設待機中		<input type="checkbox"/> どちらでも
	・介護老人保健施設 ()	入所希望時期	
	・特別養護老人ホーム()	年 月 頃	
	<input type="checkbox"/> その他 ()		

ご家族の連絡先	①	氏名	続柄	年齢	歳
		住所	〒 TEL		
	②	氏名	続柄	年齢	歳
		住所	〒 TEL		
	③	氏名	続柄	年齢	歳
		住所	〒 TEL		