

施設(短期) 入所申込書

利用施設

<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム志仁也	<input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム山美家
<input type="checkbox"/> ショートステイしにあ	<input type="checkbox"/> ショートステイやまびこ

受付年月日 _____ 年 ____ 月 ____ 日

ふりがな		男・女	生年月日 明治・大正・昭和 ____年 ____月 ____日	年齢 ____ 歳
利用者氏名				
利用者住所	〒 _____ 〈電話〉 _____ - _____			
ふりがな		年齢	利用者との関係	
家族氏名		____ 歳		
家族住所	〒 _____			
電話番号	_____ - _____	携帯電話	_____ - _____	

被保険者番号		認定年月日	平成/令和 ____年 ____月 ____日
保険者番号		要介護度	要支 1 2 要介護 1 2 3 4 5
認定期間	令和 ____年 ____月 ____日	~	令和 ____年 ____月 ____日

現在の状況

<input type="checkbox"/> 自宅	(<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 独居)
<input type="checkbox"/> 福祉施設	(施設名: _____)
<input type="checkbox"/> 医療機関	(病院名: _____)
<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所	(_____) 担当ケアマネ(_____)

利用しているサービス

<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	<input type="checkbox"/> デイケア	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

利用者の現状態に○印をつけてください。

視力	普通	弱視	全盲	日常生活	自立	一部介助	全介助
聴力	普通	やや難聴	難聴	食事			
言語	普通	少し不自由	不自由	入浴			
褥瘡	無	有(大・中・小)		排泄			
おむつ	無	有(昼夜・夜のみ)		衣服着脱			
徘徊	無	有(昼・夜)		起座			
認知症	無	有(軽度・中度・重度)		歩行・移動		歩行器・杖・車椅子	

かかりつけ医	無 有 (_____) TEL: _____
内服薬	無 有 _____
傷病歴・入院歴 等	_____ _____ _____
特記事項	_____ _____ _____