

利用申込書

申込 年 月 日

入 所 申 込 者	(フリガナ)		男 ・ 女	T ・ S				
	氏名				年 月 日 () 歳			
	住所 〒				自宅Tel 携帯Tel			
申 請 者	(フリガナ)		男 ・ 女	続柄	T ・ S			
	氏名					年 月 日 () 歳		
	住所 〒				自宅Tel 携帯Tel			
申 込 理 由	(申し込みに至る経過)							
現 在 状 況	<input type="checkbox"/> 入院中 (病院名:) 年 月～入院中							
	<input type="checkbox"/> 施設入所中 (施設名:) 年 月～入所中							
	<input type="checkbox"/> 在宅 (かかりつけ医:) ※居宅介護支援事業所名: 担当ケアマネジャー氏名:							
本 人 の 状 態	主な病歴				服薬状況			
	生活歴				他施設入所申込 ① 施設名: (年 月～ ② 施設名: (年 月～ ③ 施設名: (年 月～			
	介護保険被保険者番号							
	要介護状態区分				要介護 1 2 3 4 5			
	認定の有効期間				年 月 日 ～ 年 月 日			
	食事: 自立 一部介助 全介助 胃ろう (主食: 副食:)							
	移動: 自立 一部介助 全介助 (杖 歩行器 車いす)							
移乗: 自立 一部介助 全介助								
入浴: 自立 一部介助 全介助								
更衣: 自立 一部介助 全介助								
排泄: 自立 一部介助 全介助 バルーンカテーテル (おむつ使用: 日中のみ 夜間のみ 常時)								
麻痺: 無 有 (部位:) 拘縮: 無 有 (部位:)								
感染症: 無 有 (備考:)								
視力: 普通 大体見える 殆ど見えない 聴力: 普通 大体聴こえる 殆ど聞こえない								
意思疎通: 通じる 大体通じる 殆ど通じない 認知症: 無 有 (軽度 中度 重度)								
問題行動: 徘徊 暴言 暴力 不潔行為 異食 被害妄想 介護抵抗 幻視 幻聴 昼夜逆転 火の不始末 その他 ()								