

特別養護老人ホーム入所申込書兼調査書

新規申込書・変更届

※該当する届に○をつけてください

特別養護老人ホーム 施設長 殿

申込日 平成 年 月 日

記入者氏名 入所申込者との間柄() 有効期限 平成 年 月 日

〒 記入者 電話 ()
連絡先 携帯番号 ()

ふりがな			性別	生年月日	明・大・昭 年 月 日
入所申込者氏名			男・女		
入所申込者住所	〒				
介護保険被保険者番号			要介護認定有効期間	平成 年 月 日まで	
要介護度(a)	1・2・3・4・5		生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
疾病等の状況	ふりがな		診断名(病名)		
	主治医氏名				
	医療機関名		投薬名		
医療等の必要性	感染症 <input type="checkbox"/> ある(感染症名) <input type="checkbox"/> ない				
	医療器具等の使用 <input type="checkbox"/> バルーン <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他()				
問題行動の有無	<input type="checkbox"/> ある <input type="checkbox"/> ない				
	ある場合に あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力行為			
		<input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> その他()			
在宅サービスの利用状況	居宅介護支援事業所名		介護支援専門員氏名		
	利用しているサービス	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護			
		<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> その他			
入所申込施設 申し込む施設に○をつけてください	<input type="checkbox"/> 勅使苑 (多床室) <input type="checkbox"/> 第二勅使苑 (ユニット型・個室)				

施設
記入欄

(a)

※利用料金に差異がありますので、別紙「料金表」をご確認ください。

(裏面もご記入下さい)

