

社会福祉法人 勅使会
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 令和 年 月 日

記入者氏名 入所申込者との間柄() 有効期限 令和 年 月 日

〒 記入者住所 電話 () 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・令 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) <input type="checkbox"/> くつかけホーム(ユニット型個室) ※保険者が豊明市の方のみ ※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。 | | | |

施設記入欄

(a)

(裏面もご記入下さい)

