

入所申込書

医療法人 愛 介護老人保健施設 つつじのさと

施設長 手塚 壯太郎 殿

貴施設の実施する入所事業を利用したいので、関係書類を添えて下記の通り申し込みます。

入所申込日	令和 年 月 日 ()	家族		受付番号	※
利用者名	印 性別	生年月日	T S	年 月 日	歳
住所	〒	TEL			
主介護者	様	続柄		TEL	
住所	〒			携帯	
相談者名 担当事業者	(ケアマネージャー・ソーシャルワーカーなど)				
所属機関		TEL			
緊急連絡先	1	お名前	続柄	TEL	
		住所		携帯	
	2	お名前	続柄	TEL	
		住所		携帯	
	3	お名前	続柄	TEL	
		住所		携帯	
主治医 かかりつけ医	医療機関	医師	TEL	内服数	種類
希望 入所期間	<input type="checkbox"/> 1カ月 <input type="checkbox"/> 2カ月 <input type="checkbox"/> 3カ月 <input type="checkbox"/> 6カ月 その他				
退所後に ついて	自宅へ帰ることが <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> わからない				
	施設入所を希望 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム等 <input type="checkbox"/> グループホーム等 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム等				

要介護度	認定期間 H R . . ~ H R . .			負担限度額		負担割合		割
現在の状況	在宅 医療機関 施設入所			入院(入所)期間 入院(入所)機関名				
	介護サービスの利用	<input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問介護 利用事業所等 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所						
主病名	疾患名			発症時期				
	1				1			
	2				2			
	3				3			
	4				4			
	5				5			
ADL	移動	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	食事	自立	一部介助	全介助
	入浴	自立	一部介助	全介助	認知	あり なし		
家族の関わり等								
特記								

※は未記入でお願いします。