

(別紙1)

申込日	年	月	日	受付日	年	月	日
-----	---	---	---	-----	---	---	---

入居申込書

特別養護老人ホーム アカシアの丘黒条 施設長 様

申込者(連絡先)

住所	〒
(フリガナ) 氏名	(入居希望者との続柄)
電話番号	

貴施設に入居したいので、次のとおり申し込みます。

入居希望者 氏名	(フリガナ)	性別	男 ・ 女
		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日(歳)
現住所	〒 電話番号 ()		
介護保険	被保険者番号		保険者名
	要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
健康保険	(種別・記号番号)		
年金等	(種別)		
障害者 手帳等	手帳の種類 _____ (障害名:) 判定 _____ 級(度) 年 月 日		
現況	<input type="checkbox"/> 自宅(单身・同居) <input type="checkbox"/> 施設(病院)に入居(入院)中 名称 _____ (年 月 日~)		
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他()		
	現在治療中の病気		
	病名	入院・通院医療機関名	期間
			年 月 日~
			年 月 日~
既往症			
病名	入院・通院医療機関名	期間	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	
		年 月 日~ 年 月 日	

	氏名	続柄	生年月日	住所	電話番号
家族 構成 同居 家族					

日常生活動作等	麻痺	無・有（左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他）			
	拘縮	無・有（肩関節・肘関節・股関節・膝関節・足関節・その他）			
	褥瘡	無・有（仙骨・大転子・踵・肩・耳・その他）			
	寝返り	自立・一部介助・全介助			
	座位	自立・一部介助・全介助			
	移動	自立（独歩・杖・歩行器）車椅子（自走・介助） リクライニング その他			
	排泄	自立・一部介助・全介助 （トイレ・ポータブルトイレ）	オムツ	無・有（昼・夜） （オムツ・リハパン・パット）	
	食事	自立・一部介助・全介助	義歯	無・部分入れ歯・総義歯	
	嚥下	出来る・見守り・出来ない	口腔衛生	支障なし・支障あり	
	入浴	自立・一部介助・全介助	更衣	自立・一部介助・全介助	
心身の状態	視力	普通・見えにくい・（右・左）・全盲			
	聴力	普通・聞こえにくい・（右・左）・難聴			
	意思疎通	出来る・時々できる・不可			
	理解力	出来る・時々できる・不可			
	問題行動	無・有（徘徊・不潔・不眠・暴力・帰宅欲求・その他）			
備考					