

老人保健施設いしづち苑 入所申込書

申込日：令和 年 月 日

ふりがな			生年月日	明・大・昭 年 月 日 (満 歳)	男 ・ 女
氏 名					
現住所	〒 TEL - -				
介護認定	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5				
家族状況	続柄	氏 名	(歳)	住 所	TEL
			(歳)		
			(歳)		
			(歳)		
			(歳)		
			(歳)		
現在困っていること (入所希望理由)					
本人の状況	移 動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器歩行 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	食 事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (胃ろう・経管栄養) 主食 (常食・粥) 副食 (常菜・きざみ・ミキサー)				
	排 泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (胃ろう・経管栄養) <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ使用 (常時・夜間のみ) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル				
	認知症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 問題行動 (徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他 ())				
	感染症 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
生活状況	性格：	趣味：	職歴：	嗜好品：	酒・たばこ・ ()
希望居室	<input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> どちらでもよい				
受診状況	医療機関名 () 主治医 () 病名 ()				
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅で生活 <input type="checkbox"/> 入院中 医療機関名： <input type="checkbox"/> 施設入所 施設名：				
担当ケアマネ	居宅介護支援事業所名：		担当者名：		
退所後の行先	<input type="checkbox"/> 家庭 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他 ()				
他施設への申し込み	<input type="checkbox"/> 有 施設名： <input type="checkbox"/> 無		申込日： 年 月 日		
入所申込者	氏 名			続 柄	
	住 所	〒			
	連絡先			携帯電話	