

ご入所申込書

No.1

No.

入 所 希 望 者	フリガナ		性別	生年月日
	氏名		男・女	M T S 年 月 (日 才)
	住所/電話番号	〒 自宅 ()		

申 込 者 <small>(連絡窓口)</small>	フリガナ		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	才	
	住所/電話番号	〒 自宅 () 携帯 - -			

保 険	介護保険	申請中 要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日
	健康保険	国民健康保険 (本人・家族) 社会保険 (本人・家族) 生活保護 その他		
		ケアマネージャー 無・有 (事業所名:) 氏名 ()	生活保護の場合 担当: 連絡先:	

手 帳	身体障害者手帳	無・有 (種 級) 障害名 ()	取得時期 (年 月)
	精神障害者手帳	無・有 (種 級) 障害名 ()	取得時期 (年 月)

現 在 の 状 況	経済状況	年金 (円/月) その他収入有り 年間収入 (円)		
	利用料の支払者	本人 申込者 その他 ()		
	自宅で生活	住居の状況	持ち家 借家 社宅 (一戸建て・マンション・アパート) 独居・同居 () その他 ()	
	入院中	医療機関名	入院日 年 月 日 ~	
	施設利用中	施設名	(一般棟・認知症棟)	
	入所日	年 月 日 ~	初の利用 軒目	

病 状	病状等	現在治療中の疾患	(病名) (時期) (医療機関)
		無 有	(病名) (時期) (医療機関) (病名) (時期) (医療機関) (病名) (時期) (医療機関)
等	医療的処置	既往	(病名) (時期) (医療機関) (病名) (時期) (医療機関)
		無 有	(病名) (時期) (医療機関) (病名) (時期) (医療機関)
		尿管カテーテル 人口肛門(ストマ) 経管栄養 胃ろう 酸素療法 インシュリン注射 吸引(回/日) 褥瘡処置 その他 ()	

ご入所申込書

No.2

家 族 構 成	入所希望者の 配偶者 子全て記入	氏名	年齢	続柄	職業	* 施設記入
			()			
			()			
			()			
			()			
			()			

緊 急 連 絡 先	氏 名	続 柄	T E L	
			-	-
			-	-
			-	-
			-	-

希 望	入所希望理由	独居生活不可能	介護者不在	介護疲労	リハビリ	その他
		()				
	将来の方向性	在宅	施設 (特別養護老人ホーム・有料老人ホーム・グループホーム・その他)			
		()				

そ の 他 希 望	
-----------------------	--

* 施設記入欄
