

入所申込書

No.

面談日 年 月 日 担当:

入所希望者	フリガナ		性別	生年月日	
	氏名		男・女	MTS	年 月 日 (才)
	住所/電話番号	〒 自宅Tel ()			

申込者	フリガナ		性別	年齢	続柄
	氏名		男・女	才	
	住所/電話番号	〒 自宅Tel () 携帯 Tel - -			

保険	介護保険	要支援・要介護 1・2・3・4・5	認定有効期間	H 年 月 日 ~ H 年 月 日	
		申請中 / 区分変更中	被保険者番号		
		ケアマネージャー	無・有(事業所名:) 氏名()		
	健康保険	<input type="checkbox"/> 国民健康保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 社会保険(本人・家族) <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他			
生活保護の場合		担当: 連絡先:			

手帳	身体障害手帳	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	<input type="checkbox"/> 年金(円/月) <input type="checkbox"/> その他収入有り <input type="checkbox"/> 年間収入(円)			
	利用料の支払者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他()			
	自宅で生活	住居の状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 借屋 <input type="checkbox"/> 社宅(一戸建て・マンション・アパート) <input type="checkbox"/> 独居・同居 <input type="checkbox"/> その他		
		<input type="checkbox"/> 施設利用中	①施設名	(一般棟・認知症棟)	
	<input type="checkbox"/> 入院中	②入所日	年 月 日 ~	<input type="checkbox"/> 初の利用	<input type="checkbox"/> 軒目
		①医療機関	入院日 年 月 ~		
<input type="checkbox"/> 主治医	②病名				
	①医療機関名	担当医師名:			
	②住所	Tel:			

病歴等	既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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)
			(病名)	(時期)	(医療機関)
	医療的処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他()			

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	

連絡先	氏名	続柄	TEL

生活歴	例: 埼玉県出身 → 尋常小学校卒業 → 実家の米屋を手伝う → 22歳で神奈川県に転居 → 飲食店勤務 → 28歳で結婚 → 1男2女をもうける → 65歳で定年退職 → 散歩中に転倒骨折 → 入院治療リハビリを実施し現在に至る。
施設生活に対する意向	

方向性	入所希望理由	<input type="checkbox"/> 独居生活不可能 <input type="checkbox"/> 介護者不在 <input type="checkbox"/> 介護疲労 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 ()
	将来の方向性	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 申し込み 未 ・ 済 (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) (施設名:)

* 施設記入欄