

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					
<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"/> パルーンカテーテル						
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: 申込日: 年 月 日					
	<input type="checkbox"/> 無					
入所申込者	氏名				続柄	
	住所	〒				
	連絡先				携帯電話	