

フルケア 入居申込書

長江 西田地方 滑川 天正寺
水橋 大沢野

申込日 平成 年 月 日

※太枠内をご記入ください。

ふりがな			性別			生年月日	大・昭・平 年 月 日	
入居申込者氏名			男・女					
入居申込者住所								
介護保険被保険者番号							要介護認定有効期間	
要介護度(a)	1・2・3・4・5			生活保護受給の有無		□あり □なし		
疾病等の状況	ふりがな			診断名(病名)				
	主治医氏名 医療機関名			投薬名				
<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他() 【現在治療中の病気・特記事項等】								
食事提供	□自立 □一部介助 □全介助			入浴	□自立 □一部介助 □全介助			
移動	□自立 □一部介助 □全介助 (歩行) □つかまり歩き □杖 □車イス □寝たきり			排泄	□自立 □一部介助 □全介助 (おむつの使用) □なし □昼夜 □夜のみ			
更衣	□自立 □一部介助 □全介助			視力	□普通 □見えにくい □見えない			
聴力	□普通 □聞こえにくい □聞こえない			言語	□普通 □聞き取りにくい			
在宅での生活状況 在宅で介護を受けている方のみ		<input type="checkbox"/> 同居者がいる <input type="checkbox"/> 同居者がいない 要介護の認定を受けてからの期間 <input type="checkbox"/> 引き続き1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満						
入院・入所の状況 病院・施設等に入院・入所 されている方のみ		入院・入所している施設の名称() 引き続き入院・入所している期間 <input type="checkbox"/> 1年以上 <input type="checkbox"/> 1年未満						
在宅サービスの 利用状況	居宅介護支援 事業所名				介護支援専門員			
利用している サービス	<input type="checkbox"/> 通所介護(デイサービス) [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 短期入所介護(ショートステイ) [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問看護 [月に 回程度] <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション[月に 回程度] <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション [月に 回程度] <input type="checkbox"/> その他							

身元引受人

ふりがな			性別			続柄		
氏名	印		男・女					
住所	〒							
電話番号				携帯電話				
FAX番号				メールアドレス	@			
自由記入欄								

面談日	年 月 日	:	入居決定日	年 月 日
-----	-------	---	-------	-------