

フルケア 入居申込書

西田地方 水橋 大沢野 天正寺
滑川 空港北 南富山

※太枠内をご記入ください。

申込日 平成 年 月 日

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| 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 | | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 入浴 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | |
| 移動 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (歩行) <input type="checkbox"/> つかまり歩き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 寝たきり | | 排泄 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (おむつの使用) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 昼夜 <input type="checkbox"/> 夜のみ | |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 | | 視力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 見えにくい <input type="checkbox"/> 見えない | |
| 聴力 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 聞こえにくい <input type="checkbox"/> 聞こえない | | 言語 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 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 |
|-----|-------|---|-------|-------|