

# 入所申込書

医療法人 十愛会

津老人保健施設 アルカディア

施設長様

申請日： 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日			
入所希望者 氏名		男・女	M	T	S	
			年	月	日	歳
要介護度	1 2 3 4 5	区分変更中( 月 日付)	その他( )			
負担割合	1 2 3	負担限度額認定証	1 2 3 4	申請予定		
住所	〒		-		電話	

フリガナ		続柄	生年月日			
申請者 氏名			M	T	S	H
			年	月	日	歳
住所	〒		-		電話	

その他の 連絡先①	フリガナ		続柄	生年月日			
	氏名			M	T	S	H
				年	月	日	歳
	住所			電話			

その他の 連絡先②	フリガナ		続柄	生年月日			
	氏名			M	T	S	H
				年	月	日	歳
	住所			電話			

居宅介護支援事業所：

担当ケアマネジャー：

かかりつけ医：

在宅復帰条件、要望、希望等

備考、入所希望時期、他施設への申込状況等

<input type="checkbox"/> 在宅 独居・同居 ・同敷地内	<input type="checkbox"/> 病院 病院 年 月 日より 退院期限 月 日 頃	<input type="checkbox"/> 施設 老健・GH・ショートステイ・その他 年 月 日より 退所(退居)期限 年 月 日 頃
---	--	---

本人・家族等の状況	家族構成図	介護者及び家族の状況

移動	歩行可能 伝い歩き 杖 歩行器 シルバーカー 車いす
食事	自立 一部介助 全介助 胃瘻 鼻注 (自歯 一部義歯 総義歯) 吸痰
排泄	自立 一部介助 全介助 トイレ ポータブルトイレ 紙パンツ オムツ
入浴	自立 一部介助 全介助 (一般浴 機械浴)
視力	聞こえる やや難聴 難聴 眼鏡(有 無)
聴力	見える 見えにくい 見えない 補聴器(有 無)

病歴	認知症の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	認知症症状

特生活事状況等	飲酒：(飲む 飲んでいた 飲まない) 量：
	喫煙：(吸っている 吸っていた 吸わない) 量：