

入所申込書

介護老人保健施設 プレミエール元気館 筑西 殿

申込日 平成 年 月 日

利用者	氏名	フリガナ	男	生年月日 (歳)		
	住所	〒 -	女	M・T・S 年 月 日		
		TEL - -				
連絡先	氏名	① 続柄()		② 続柄()		
	住所					
	TEL					
申込理由				病歴		
家族状況				介護保険	申請中・要支援 2・要介護 1・2・3・4・5	
氏名 主介護者は□にチェック		続柄	年齢	職業	認定期間	
<input type="checkbox"/>					H 年 月 日 ~ H 年 月 日	
<input type="checkbox"/>					マ ネ ー ジ ャ ー	
<input type="checkbox"/>						氏名
<input type="checkbox"/>						事業所名
<input type="checkbox"/>						電話番号
<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>					現況	
心身の状況		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 自宅 ※利用中の介護サービスをご記入下さい <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; height: 100px; margin: 5px 0;"></div> <input type="checkbox"/> 入院中 () <input type="checkbox"/> 入所中 ()	
		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		排泄	<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			
		着脱	<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"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲			
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴			
		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(上・下・上下)			
		言葉	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し不自由 <input type="checkbox"/> 不自由			
認知症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
				年金	(円 / 月)	
				希望居室	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 多床室	
				入所希望	<input type="checkbox"/> すぐに入所したい	
				時期	<input type="checkbox"/> H 年 月 頃	
今後の希望: <input type="checkbox"/> 在宅復帰 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム(施設名:) <input type="checkbox"/> その他 ()						