

はるひ苑津和野
入所申込書

申込年月日		年	月	日			
利用希望者	氏名	男・女			介護保険被保険者番号		
	生年月日	M/T/S	年	月	日 (歳)	要介護・要支援	1・2・3・4・5
	住所	〒			現在の居住場所	自宅・施設・病院・その他()	
	TEL						
申込者	氏名	利用希望者との続柄			同居・別居		
	住所				TEL		
	よろしければ勤務先 (連絡 可・否)				TEL		
	その他緊急時の連絡先 (携帯電話)				TEL		
家族等	氏名	続柄	年齢	住所	電話		
関係機関	居宅介護支援事業者名				連絡先 TEL		
	介護支援専門員名				連絡先 TEL		
	かかりつけ医				連絡先 TEL		
どのような生活のご様子ですか？該当するものにしをお付け下さい。							
日常生活の動作	1.移動について	<input type="checkbox"/> 自分で歩行できる	<input type="checkbox"/> 杖等があれば移動できる				
		<input type="checkbox"/> 車イスを使用している	<input type="checkbox"/> ベッドに寝たきりである				
		<input type="checkbox"/> その他 ()					
	2.着替えについて	<input type="checkbox"/> 一人で可能 (状況を詳しく)	<input type="checkbox"/> 介助が必要				
	3.食事について	<input type="checkbox"/> 一人で可能 (状況を詳しく)	<input type="checkbox"/> 介助が必要				
	4.入浴について	<input type="checkbox"/> 一人で可能 (状況を詳しく)	<input type="checkbox"/> 介助が必要 (全介助・部分介助)				
5.排泄について	<input type="checkbox"/> 一人でトイレに行ける	<input type="checkbox"/> 介助があればトイレに行ける					
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ使用	<input type="checkbox"/> オムツ使用					
6.その他	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 難聴		(状況を詳しく)				
その他ご家庭での生活のうち、ご家族が手をお掛けになっていること、お困りのこと、既往症や現在掛かっている病気のことなどをお書き下さい。							
入所希望日		年	月	日			