

介護老人保健施設 真秀ら 入居申込書

令和 年 月 日

申込者	氏名:	本人・家族（続柄: ）・その他（ ）
	住所:	
	連絡先:	（ ）

利用者	ふりがな	男	生年月日	明・大・昭
	氏名:	女	年	月
	住所: 〒 -		電話:	（ ）

介護保険被保険者番号		保険者番号	
------------	--	-------	--

要介護状態区分	要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ）
---------	--------------------------

認定の有効期限	年 月 日 ~ 年 月 日 まで
---------	------------------

連絡先（緊急時）	氏名:	続柄:
	住所:	
	電話: 自宅（ ）	勤務先等

現況	1. 在宅で生活中	病名:
	2. 入院中 医療機関名:	
	3. 施設入所中 施設名:	服薬名:

居宅介護支援事業所名: _____

担当ケアマネージャー名: _____ 電話: （ ）

本人の状況（該当するものを○で囲んでください）

- 移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車イス ・ その他（ ）
- 食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ （胃ろう ・ 経管栄養）
 主食（常食 ・ 粥） ・ 副食（副菜 ・ きざみ ・ ミキサー）
- 排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
 ポータブル ・ おむつ使用（常時 ・ 夜間のみ） ・ バルーンカテーテル
- 認知症： 有 ・ 無
 問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他（ ）
- 感染症： 有 ・ 無

施設へのご希望

施設処理欄