

(別紙1)

# 入所申込書

特別養護老人ホーム 泉平ハイツ

氏名		男・女	生年月日	T・S	年	月	日	歳	
住所		〒							
		電話							
申込者		本人との関係 ( )							
連絡先		〒							
		電話							
同居家族の状況	氏名	性別	年齢	続柄	家族構成				
特記									
本人の状況	介護度	要介護 1・2・3・4・5			介護被保険者番号				
	身体状況	麻痺	有・無 ( )						
		歩行	自立	一部介助	車いす (補助具)	杖	歩行器	その他	
		排泄	自立	一部介助	オムツ	トイレ	ポータブル	リハパンツ	パット
		食事	自立	一部介助	全介助	普通食	粥食	きざみ	ミキサー食
		入浴	特浴	一般浴	清拭	自立	一部介助	全介助	
	精神状況	認知症	有・無 (軽・中・重) 症状はいつ頃から(H 年頃から)						
			症状について: (物忘れ・徘徊・興奮・妄想・睡眠障害・不潔行為) あてはまる場合○ 具体的にお書き下さい( )						
			意思の伝達が(できる・ときどきできる・できない) 指示への反応(できる・ときどきできる・できない)						
	主な病気	疾患名	(病名: ) 発症年月( 年 月)						
(病名: ) 発症年月( 年 月)									
(病名: ) 発症年月( 年 月)									
感染症		有・無 (病名 )							
医療状況	経管栄養 (鼻腔・胃ろう) カテーテル ストマ インシュリン								
	酸素療法 透析 気管支切開								
現在の状況	居宅介護支援事業所名:				担当ケアマネジャー:				
	介護サービス利用種類	利用している福祉サービス内容 (何回 / 月及び週)							
	施設及び病院入所・入院	名称: いつから H 年 月 日 ~ 年 月 日 予定							
入所を希望する理由 (具体的にお書きください)									

申込年月日 R 年 月 日

説明確認欄	私は、入所申し込みの際し、入所申し込みから入所契約までの入所決定方法について、施設担当者から説明を受けました							
氏名:		令和 年 月 日						