

特別養護老人ホーム 寿荘 入所申込書

申込日： 年 月 日

申請者	ふりがな		続柄	
	氏名		続柄	
	住所	〒		
	連絡先	自宅	携帯	

入所希望者の状況	ふりがな		生年月日	明・大・昭
	氏名		年 月 日	男・女
	住所	〒		連絡先
	介護認定	要介護 1・2・3・4・5	有効期限	年 月 日～ 年 月 日
	保険者	担当 介護支援専門員 事業所名		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 常食・お粥・刻み食・ミキサー食・経管栄養・その他（ ）		
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 紙おむつ <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	更衣	<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 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴		
	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移動	<input type="checkbox"/> 歩行可（自立・杖・歩行器・その他） <input type="checkbox"/> 車椅子（自力・介助）		
	会話	意思疎通 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 一部可 <input type="checkbox"/> 不可 言語障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> なんとか見える <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 大きい声なら聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 症状（物忘れ・幻覚・妄想・徘徊・昼夜逆転・不穏・暴言・暴力）			
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 服薬治療 <input type="checkbox"/> 特になし 現在治療中の病名【 】			

