

特別養護老人ホーム阿見こなん 入所申込書

施設長 殿

申込日	年 月 日
受付日	年 月 日

申込代理人(手続きにお見えになった方)

フリガナ		続柄	
氏 名			
住 所	〒 -		
	電話番号 ()		

施設を利用したいので、次のとおり申し込みます

フリガナ		男・女	明治 大正 昭和	年	月	日(歳)
氏 名						
住 所	〒 - 電話番号 ()					
介護保険	被保険者番号	要介護度 1 2 3 4 5				
認定期間	年 月 日から 年 月 日					
健康保険	種別	記号・番号				
年金等	種別					
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又は施設	名 称			
	<input type="checkbox"/> 入院中		住 所			
	<input type="checkbox"/> 利用中	入院又は利用期間		年 月 日 ~		
心身状態	歩 行	<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		
		(<input type="checkbox"/> おむつ使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜のみ <input type="checkbox"/> 昼食)				
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
		[主食] <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ペースト食	[副食] <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> ペースト食			
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	視 力	<input type="checkbox"/> 自立	<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		
	言 葉	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由		
問 題 行 動	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為	<input type="checkbox"/> 自傷行為	<input type="checkbox"/> 徘徊			
	<input type="checkbox"/> 不穏行動	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> 異食行動			
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
医 療 の 状 況	現在治療中の病気・特記事項					