

利用入所申込書

地域密着型特別養護老人ホーム豊寿荘

※入所申込の際には、介護保険証のコピーを添付してください

豊寿荘 短期入所施設

申込日		令和 年 月 日		
ご利用者	ふりがな			
	名 前			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	性 別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	住 所	〒 _____ 電話 ()		
(ご)家族様 連絡先	ふりがな			
	名 前			
	住 所	〒 _____ 電話 () 携帯電話 ()		
介護保険		保険者名	介護保険 被保険者番号	
		南アルプス市 / それ以外	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
		要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで		
		認知症コード (自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M) ※主治医意見書に基づく		
		居宅介護支援事業所	担当 ケアマネージャー	
ご本人の状況	医 療	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 麻痺 (部位 _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____) [かかりつけ病院] (_____)		
	手 帳	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 (精神・身体 _____)	主な既往歴 (_____)	
	歩行状況	<input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖・歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 常時臥床 <input type="checkbox"/> その他 (_____)		
	現 況	<input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている <input type="checkbox"/> 自宅で一人で暮らしている ※同居されている方 配偶者・子供等 (_____) ・ その他 (_____) <input type="checkbox"/> 何らかの福祉施設・医療施設サービスを受けている (施設名又は病院名: _____ 入所・入院時期: _____ 年 月 から) <input type="checkbox"/> 何らかの居宅サービスを利用している <input type="checkbox"/> 社会福祉法人負担軽減 有・無 (_____)		

