

介護療養型老人保健施設 六日市苑 入所申込書

申込日 令和 年 月 日

受付者：

(ふりがな) 入所申込者氏名	性 別		□男・□女	
	生年月日	大・昭	年 月 日	歳
現 住 所				
要 介 護 度	□要介護5 . □要介護4 . □要介護3 . □要介護2 . □要介護1			
要介護認定期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日			

【本人の状況】

1. 申込時の状況	1. <input type="checkbox"/> 自宅で生活していた			
	2. <input type="checkbox"/> ( 3ヶ月前に病院や介護施設の利用があった)			
	(2. に <input checked="" type="checkbox"/> された方は病院・施設名と利用した期間を以下にご記入下さい)			
	病院・施設名 ( )	平成・令和	年 月 日	~平成・令和 年 月 日
	病院・施設名 ( )	平成・令和	年 月 日	~平成・令和 年 月 日
2. 入所希望理由	<input type="checkbox"/> 介護する者がいない			
	<input type="checkbox"/> 介護者が高齢、病気、就労			
	<input type="checkbox"/> 家族はいるが、介護が困難			
3. 入所希望時期	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日頃までに入所したい			
4. 現在の医療状況	<input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> その他			
	◇現在治療中の病名			
	◇病院名		◇主治医	
5. 障害状況	<input type="checkbox"/> 障害名		<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (等級)	
6. 申し込み状況	<input type="checkbox"/> 当該施設のみ申込み			
	<input type="checkbox"/> 他の施設も申し込んでいる。又は、申し込む予定である。			
	◇申し込み(予定)先をご記入下さい：			

【申込者連絡先】

(ふりがな) 氏 名	続 柄		性 別	□男・□女
	電 話	( )		
住 所				
同居の有無	<input type="checkbox"/> 同居している <input type="checkbox"/> 別居している <input type="checkbox"/> 別居しているが同敷地内にて生活			
家族からの意見				

紹介ケアマネジャー		連絡先電話番号	
紹介事業所名			