

# たてがみの郷入所申込書

申込年月日 平成 年 月 日

申込者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄 \_\_\_\_\_)

住 所 \_\_\_\_\_

電話番号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ 携帯電話 \_\_\_\_\_

## 施設利用希望者状況

希望施設	介護老人保健施設【多床室型(三人部屋)・ユニット型(一人部屋)・どちらでもよい】				
	グループホーム ・ 小規模ホームあんきな				
利用希望者氏名	(ふりがな)	性別	男 ・ 女		
生年月日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生まれ(満 歳)				
住 所	〒	電話番号			
現在の状況	・自宅又は近親者宅(一人暮らし・同居) ・入院中(病院名、科) ・施設等	入所希望時期 頃	主治医	現病( ) 在宅( )	
病 名			発症年月日	年 月 日	
介護保険被保険者証	介護度	番号	保険者番号		
健康保険証番号・記号	身体障害者手帳		介護保険負担割合	1割 2割	
(福)・原爆・特定疾患	負担限度額認定		有 ( )段階 ・ 未 ・ 対象外		
居宅介護支援事業所	有 無	担 当	診療情報提供書	有 ・ 依頼中 ・ 本日依頼 ・ 未	

## 日常生活の状況(全介助・一部介助・自立)

歩 行	・全介助 ・一部介助 ・自立	ADL J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
食 事	・全介助 ・一部介助 ・自立	認知症 無 I IIa IIb IIIa IIIb IV V 【家族構成】
排 泄	・全介助 ・一部介助 ・自立	
入 浴	・全介助 ・一部介助 ・自立	
着 替 え	・全介助 ・一部介助 ・自立	【備考】現在利用の在宅サービス等
意思の疎通	・全介助 ・一部介助 ・自立	趣味 特技 嗜好品

## 退所後の予定

自宅 ・ その他( )	他施設 入所申請	済 ・ 未
-------------	-------------	-------

受付者 \_\_\_\_\_ 受付日 年 月 日