

たてがみの郷入所申込書

申込年月日 令和 年 月 日

申込者氏名 _____ (続柄 _____)
〒 _____

住 所 _____

電話番号 (_____) - _____

施設利用希望者状況

携帯電話

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 認知症 無 I IIa IIb IIIa IIIb IV V 【家族構成】
食 事	・全介助 ・一部介助 ・自立	
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	
意思の疎通	・全介助 ・一部介助 ・自立	【備考】現在利用の在宅サービス等 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