

介護老人福祉施設 シルバーコート丹三郎 入所申込書

申込日：令和 年 月 日

入所希望者	ふりがな	性別	生年月日		年齢
	氏名：	男・女	明治・大正・昭和 年 月 日生まれ		歳
住所	〒 -				電話 ()
要介護度	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <small>※要介護1、2の方が入所するためには下記のいずれかに該当することが必要です。 <input type="checkbox"/> 認知症である者(知的障害・精神障害)であって、日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られる。 <input type="checkbox"/> 家族等による深刻な虐待が疑われること等により、心身の安全・安心の確保が困難であること。 <input type="checkbox"/> 単身世帯である、同居家族が高齢又は病弱である等により家族等による支援が期待できず、かつ、地域での介護サービスや生活支援の供給が不十分である。</small>		介護保険被保険者番号		
	医療保険			年金： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 月()万	
ご家族の状況	氏名	続柄	同居	住所	連絡先
			同・別		Tel
			同・別		Tel
お住まい(今いる場所)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他施設 () 病院・施設名 (※必ず記入して下さい。)				
身体状況	<p>【食事】主食：<input type="checkbox"/>米飯 <input type="checkbox"/>粥 <input type="checkbox"/>ミキサー 副食：<input type="checkbox"/>常食 <input type="checkbox"/>一口大 <input type="checkbox"/>キザミ <input type="checkbox"/>極キザミ <input type="checkbox"/>ミキサー 介助レベル：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>【排泄】昼：<input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>オムツ レベル：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助 夜：<input type="checkbox"/>トイレ <input type="checkbox"/>オムツ レベル：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>一部介助 <input type="checkbox"/>全介助</p> <p>【移動】立位：<input type="checkbox"/>可 <input type="checkbox"/>何かに掴まれば可 <input type="checkbox"/>不可 歩行：<input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>伝い歩き <input type="checkbox"/>歩行器 <input type="checkbox"/>車椅子 <input type="checkbox"/>寝たきり 転倒の危険性：<input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 ベッドからの転落・滑落の危険性 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有</p> <p>【入浴】 <input type="checkbox"/>一般浴槽 <input type="checkbox"/>リフト浴 <input type="checkbox"/>特殊浴槽 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【認知症】 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (病名：)</p> <p>【認知症による周辺症状】 <input type="checkbox"/>徘徊 <input type="checkbox"/>せん妄 <input type="checkbox"/>幻覚 <input type="checkbox"/>不潔行為 <input type="checkbox"/>暴言 <input type="checkbox"/>暴行 <input type="checkbox"/>昼夜逆転 <input type="checkbox"/>不穏・興奮 <input type="checkbox"/>収集癖 <input type="checkbox"/>独語 <input type="checkbox"/>大声 <input type="checkbox"/>介護抵抗 <input type="checkbox"/>帰宅願望 <input type="checkbox"/>異食 <input type="checkbox"/>その他 ()</p> <p>【精神疾患】 <input type="checkbox"/>無 <input type="checkbox"/>有 (病名：)</p> <p>【既往歴・現病歴】 <u>※必ず記入して下さい。</u> ()</p>				
医療状況	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 疼痛ケア <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 () 感染症の有無： 有・無 () 褥瘡の有無： 有・無 (部位：)				
申込者	氏名	ふりがな	続柄		
	住所	〒 -	電話番号	自宅： 携帯：	
※こちらの住所に判定結果をお送りします					