

ひのき介護医療院 入所申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			生年月日	T	S	年
本人氏名	様				月	日
住所	〒			電話		
住居環境	<input type="checkbox"/> 持家一軒家 <input type="checkbox"/> 集合住宅 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 施設					
経済状況	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害者年金 <input type="checkbox"/> その他					
介護保険	負担割合 割 要介護 負担限度額証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中					
ケアマネ	事業所名			担当者氏名		
家族構成	配偶者 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> なし 子 <input type="checkbox"/> あり 人 <input type="checkbox"/> なし			出身： 結婚年齢 歳		
				職業： 歳ま で		
				趣味：		
現在の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院（ ） <input type="checkbox"/> 施設 （ ）					
お部屋の希望	<input type="checkbox"/> 2階多床室（テレビなし希望者¥500/1日） <input type="checkbox"/> 3階多床室（テレビ付） <input type="checkbox"/> 個室（テレビ付¥4000/1日） <input type="checkbox"/> ご案内の早いお部屋					
現在の身体状況						
食事	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養					
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他					
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他					
認知症	<input type="checkbox"/> あり 周辺症状（ ） <input type="checkbox"/> なし					
医療行為	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> バルンカテーテル <input type="checkbox"/> その他					
疾患名						
申込者	様		続柄	連絡先		
住所	〒					
情報共有の	※申込みにあたり、担当ケアマネージャー等からの情報共有に同意します					

同	意	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ
---	---	-----------------------------	------------------------------

※介護保険証及び介護保険負担割合証の写しを添付してください