

ひのき介護医療院 入所申込書

申込日 年 月 日

フリガナ			T 生年月日	S 年 月 日
本人氏名	様		歳	
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 <input type="checkbox"/> 申請中	割 要介護	負担限度額証	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
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 子 <input type="checkbox"/> あり □なし	□死亡 人	出身： 歳	結婚年齢 歳まで
			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

はい

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