

# 寿楽荘入所申込書

今後、郵便物やご連絡などはこちらの連絡先へさせていただきます。

社会福祉法人 寿栄会  
特別養護老人ホーム寿楽荘 施設長 殿

受付日	平成 年 月 日
受付者	Ⓜ

申請者 (連絡先)	住所	〒 -	
	氏名	(続柄)	
	電話	( )	
	携帯電話	-	-

貴施設に入所を希望するため、次のとおり申し込みます。

(フリガナ)		性別	保険者	八戸市 ・ その他( )					
入所希望者 氏名		男・女	被保険者番号						
			要介護度	1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 申請中					
生年月日	明・大・昭 年 月 日 歳	認定有効期限	平成 年 月 日～平成 年 月 日						
住所	〒 -								
	【電話番号】 ( )								
居宅介護 支援事業所	居宅サービスを利用されている場合、事業所名・担当ケアマネージャー名を記入してください。								
生活環境	事業所名	担当者名							
	<input type="checkbox"/> 在宅 ( 独居 ・ 夫婦のみ ・ 家族と同居 ・ 別居だが敷地内または近隣に家族がいる ・ その他 ) 在宅サービスの利用状況 ( 利用なし ・ 利用あり )								
医療状況	かかりつけ病院			診療科					
	主な疾病			<input type="checkbox"/> 経管栄養(鼻腔 ・ 胃ろう) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡(床ずれ) <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 末期がん <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> その他( )					
身体状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		( トイレ ・ ポータブル ・ パッド ・ はくパンツ ・ オムツ )					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		( 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ 寝たきり )					
	その他								
精神状況	認知症	記憶障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 失見当識 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )							
	行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 収集癖 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 性的行為 <input type="checkbox"/> その他( )							
他施設への 申し込み	<input type="checkbox"/> 寿楽荘のみ <input type="checkbox"/> 他施設へも申し込んでいるまたは今後申し込む予定である 他施設名( )								
主たる介護者	氏名			性別(男・女)	年齢( 歳)	続柄( )			
	住所	〒 -							
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	電話	( )		携帯電話	- -				
備考									

特別養護老人ホーム 寿楽荘