

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