

# 入所申込書

受付年月日 令和 年 月 日

介護老人保健施設 恵寿苑

利用者	ふりがな		生年月日	M・T・S	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢		才
	住所	〒( )-( )		主病名			
	電話	( )-( )-( )		麻痺	有(右・左・完全・不全)・無		
	かかりつけ医			認知症	有( )・無		
	現在の状況	自宅・入院中( 病院・医院 医師 )・施設					

申請者	ふりがな		続柄 ( ) 年齢 ( 才 ) 備考:
	氏名		
	住所	〒( )-( )	
	自宅電話	( )-( )-( )	
	連絡先		

日常生活動作	移動	可(自立・見守り・介助)・不可	寝たきり・車椅子・杖・歩行器・他
	食事	自立・一部介助・全面介助・経管栄養(鼻腔・胃ろう)・絶食	
	排泄	トイレ(自立・介助)・ポータブルトイレ(自立・介助)・紙パンツ・オムツ・パルン留置	
	入浴	可・不可	独歩・シャワー・リフト・特浴・清拭のみ
	更衣	自立・一部介助・全面介助・準備必要	

申請理由

\*担当者記入欄

介護保険: 初回・継続・変更(認定調査: 未・済 年 月 日)

介護度: 1・2・3・4・5 認定日: 年 月 日

認定期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

居宅: ケアマネ:

身障手帳・福祉医療・原爆手帳 ほか 同居家族: 有(人)・無

私は、当施設入所の申し込みにあたり、個人情報保護法の基本理念に基づき適正に取扱われるものとし、施設入所申込者(本人)ならびに、その家族等の個人情報を収集・利用されることに同意いたします。

令和 年 月 日

同意者氏名