

介護老人福祉施設「ほたるの郷」入所申込書別紙

申込者氏名	続柄	年齢	申込年月日	平成	年	月	日
申込者住所 電話番号	〒 ー TEL						
入所者氏名	男・女	生年月日	明・大・昭	年	月	日	( )
入所希望者の介護保険証以外の受給状況							
健康保険証	後期高齢者医療・国民健康保険・社会保険（扶養等）・生活保護・その他						
老人医療証	有・無	心身障害者医療受給証	有・無	身体障害者手帳	有（ 級）・無		
入所希望者の収入状況 年金等	収入の種類・種別（年金の種類等）			収入金額・月額			
				円			
				円			
入所希望者の心身の状況							
麻痺（有・無）	上肢→右・左		下肢→右・左		食事（全介助・一部介助・自立）		
拘縮（有・無）	部位（		）		食事内容（普通食・粥食・キザミ食・ペースト）		
視力（普通・弱視・全盲）					その他具体的（		
聴力（普通・やや難聴・難聴）					排泄（全介助・一部介助・自立）		
言語（普通・聞き取り難い・言語障害有り）					排泄場所（トイレ・ポータブル・オムツ）		
認知症等（正常・障害有）					その他具体的（		
記憶障害（最近の出来事を覚えていない、また間違える）					入浴（全介助・一部介助・自立）		
（重度・中度・軽度）					入浴形態（一般浴・特殊浴・		
失見当識障害（人物、場所、時間等を覚えていない、また間違える）					移動（全介助・一部介助・自立）		
（重度・中度・軽度）					移動方法（独歩・杖・歩行器・車椅子・		
問題行動があれば具体的に記入					着脱（全介助・一部介助・自立）		
					身長	体重	
					cm	kg	
入所希望者の親族等の状況（申込者以外で連絡や協力を求められる方）							
氏名	続柄	年齢	住所・電話番号				
			TEL				
			TEL				
			TEL				
			TEL				