

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 千

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 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

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 )

食事内容(普通食・粥食・キザミ食・ペースト)

その他具体的 ( )

拘縮(有・無) 部位 ( )

視力(普通・弱視・全盲) 排泄 ( 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )

排泄場所(トイレ・ポータブル・オムツ)

その他具体的 ( )

聴力(普通・やや難聴・難聴)

言語(普通・聞き取り難い・言語障害有り) 入浴 ( 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )

入浴形態 ( 一般浴・特殊浴 )

痴呆等 ( 正常 ・ 障害有 )

記憶障害(最近の出来事を覚えていない、また間違える)

( 重度 ・ 中度 ・ 軽度 )

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) ( 重度 ・ 中度 ・ 軽度 )

移動 ( 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )

移動方法(独歩・杖・歩行器・車椅子)

着脱 ( 全介助 ・ 一部介助 ・ 自立 )

問題行動があれば具体的に記入 身長

cm 体重

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