

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	年	月	日
申込者住所 電話番号	〒		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) その他具体的 ()				
視 力 (普通 ・ 弱視 ・ 全盲)		排 泄 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立)				
聴 力 (普通 ・ やや難聴 ・ 難聴)		排泄場所 (トイレ・ポータブル・オムツ) その他具体的 ()				
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)				
認知症等 (正常 ・ 障害有)		入浴形態 (一般浴・特殊浴・)				
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)		移 動 (全介助 ・ 一部介助 ・ 自立)				
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		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			