

ふじ苑入所申込書

受付年月日

年 月 日

フリガナ			生年月日			
入所者氏名	Ⓜ		Ⓜ・ㇿ・Ⓜ	年	月	日生 (才) 男・女
住 所	〒		TEL ()			
連絡先	①氏名		Ⓜ		年齢	
	住所 〒		職業			
	TEL		携帯電話		続柄	
	②氏名				年齢	
	住所 〒		職業			
	TEL		携帯電話		続柄	
現 在	自宅・病院 () ・福祉施設 ()					
	居宅介護支援事業所 () 担当ケアマネージャー ()					
介護保険	(要支援) 1 2 (要介護) 1 2 3 4 5 (認定の有効期間) 年 月 日 ~ 年 月 日					
医療保険	後期高齢者・健保・国保・退国保・労災・生保・自費・その他					
負担限度額 認定証	有 無		認定の有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
身障者手帳	有 (級) 無		ペースメーカー	有 無		
現在の状況についてお聞きます						
認知症	<input type="checkbox"/> 医者に認知症があると診断されている <input type="checkbox"/> 医者の診断はないが認知症だと思う <input type="checkbox"/> 認知症かどうかは分からないが物忘れなどが目立っている <input type="checkbox"/> 認知症はない					
既往歴 入院歴 (年月日)	(過去の大きな病気、怪我、定期的に診察を受けている病気をご記入下さい。年月日は分かる範囲でご記入下さい。)					
意思疎通	できる	一部介助	できない	麻痺	手(右 左)	足(右 左) 無
食 事	できる	一部介助	できない	尿意/便意	わかる	わからない
入 浴	できる	一部介助	できない	排尿/排泄	できる	一部介助 できない
褥瘡(床ずれ)	あ	る	な	い	昼 夜	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・尿取りパット・リハビリパンツ・おむつ トイレ・ポータブルトイレ・尿器・尿取りパット・リハビリパンツ・おむつ
歩行・移動	<input type="checkbox"/> 何も使わず歩いている <input type="checkbox"/> 杖を使って歩いている <input type="checkbox"/> 歩行器を使って歩いている					
	<input type="checkbox"/> 歩けるが車椅子を使用(自分で移動している) <input type="checkbox"/> 歩けず車椅子を使用(自分で移動している)					
	<input type="checkbox"/> 歩けず車椅子を使用(自分で移動できない) <input type="checkbox"/> その他()					
使用物品	<input type="checkbox"/> 入れ歯(上:全・一部 下:全・一部) <input type="checkbox"/> 眼鏡(老眼・近眼・その他) <input type="checkbox"/> 補聴器(右・左)					
	<input type="checkbox"/> 装具() <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> なし					
在宅介護困難な理由・施設に対する希望等ありましたらご記入下さい。						

