

(表)

令和 年 月 日

ケアハウス湯山安立 相談及び入所申し込み書

写真

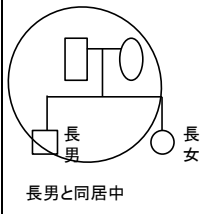
ケアハウス湯山安立 施設長様

フリガナ
入居者 氏名 _____ 印

次の通り「ケアハウス湯山安立」への入居を申し込みます。

生年月日	大正・昭和 年 月 日(歳) 男・女					
現住所	〒 _____ 県 市 町					
本籍						
要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5				認定期間 年 月 日～ 日まで	
					認定日 年 月 日	
家族構成	氏名	続柄	住所		連絡先	
身元引受人	フリガナ				続柄	
	氏名				年齢	歳
	住所	〒 _____ 県 市 町				
	連絡先					
申し込み理由						

(裏)

主 訴	〈本人・家族の要望〉													
	〈家族状況〉 □:男性 ○:女性			(例)  長男と同居中			〈生活歴〉							
生 活 歴 生活状況	既往歴			病院名			年月日							
							主治医 (医療状況)							
							病 名		主 治 医		通院状況		服薬状況	
											/月		有 無	
											通院		1日 回	
											往診			
											/月		有 無	
											通院		1日 回	
										往診				
1人でできることに○をつけてください														
入浴			外出			服薬管理								
排泄			電話			金銭管理								
調理			睡眠			日課の理解								
医療費負担額														
割 (年 月 日 ~ 年 月 日)														
医療保険種別: 国保 政管 共済 組合 生活保護														
認知症高齢者の日常生活自立度														
認定情報														
障害者手帳など 無・有 (身体 級・精神 級・療育)														
障害高齢者の日常生活自立度														
年金: 種類 () 遺族年金 有・無														
介護保険負担割合														
割 認定日 年 月 日 ~ 年 月 日														
被 保 険 者 情 報			緊急搬送先			施設側の対応								
担当ケアマネ														
事業所名														
連絡先														
他施設等へ紹介の有無 有・無														