

入所希望申込書（入所相談受付票）

医療法人社団千寿会

介護老人保健施設グリーンコート三愛

申込年月日 年 月 日

入所希望者 氏名	ふりがな		性別 (男・女)	生年月日 明・大・昭 年 月 日 歳	
	住所 〒 -				
電話	( ) -				
部屋の希望	<input type="checkbox"/> 個室・ <input type="checkbox"/> 2人室・ <input type="checkbox"/> 4人室・ <input type="checkbox"/> ユニット型個室・ <input type="checkbox"/> 希望なし				
介護保険証	被保険者番号			保険者番号	
	要介護状態区分	要支援・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5			
	認定有効期間	H 年 月 日	～	H 年 月 日	認定年月日 年 月 日
	支援事業所			ケアマネ	
A D L I A D L 状 況	身体障害者手帳	(有・無) 有の場合 種 級:			
	歩 行	独歩・手摺り・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子(自操可・自操不可)			
	入 浴	自立・一部介助(手引き誘導・見守り・洗身・洗髪)・全介助			
	排 泄	自立・一部介助(準備・後始末)・全介助(オムツ・パット)			
	食 事	自立・一部介助(見守り)・全介助 ※種類(常食・刻み・粥・糖尿食 kcal)			
	着 替 え	自立・一部介助(見守り・指示)・全介助			
	整 容	自立・一部介助・全介助・不潔行為(有・無)			
	洗 濯	自立・一部介助・全介助			
	服薬の管理	出来る・出来ない	金銭の管理	出来る・出来ない	
	言 語	普通・不自由			
	視 力	普通・弱視(眼鏡使用)			
	聴 力	普通・やや難聴・難聴(補聴器使用 有・無)			
	精神面	認知症ランク なし・Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ 状態( )			
	問題行動	状況( )			
睡眠	状態( )				
既往歴(入院・通院)	期 間	主症状・病名		病院名	

※ 担当医師の診療情報提供書 (有・無)

収入状況	年金			
	利用者負担区分	1段階・2段階・3段階・4段階		
家族状況	結婚歴	年結婚・配偶者 有・無(死別・離婚・その他・不明)		
	子供	男 人・女 人		
	兄弟 同胞	人 第 子		
	同居の家族			
連絡先	氏名	続柄	住 所	電話番号
利用者及び家族の介護に対する意向				
コメント (記入不要)				
処方内容				