

地域密着型特別養護老人ホーム あおば 入所申込書

申 込 日	年 月 日
受 付 日	年 月 日

申込代理人(又は、手続きにお見えに来られた方)

氏 名		続柄	
住 所	〒		
	電話番号:	携帯:	

入所希望者名簿に記載致しますので、下記の事項に御記入下さい。

フリガナ 氏 名		男 女	大正・昭和 年 月 日生 歳	
住 所	〒			
	電話番号:			
介 護 保 険 認 定 期 間	被保険者番号	要介護度	1・2・3・4・5	
健 康 保 険 年 金 等	種 別	記号・番号		
現 況	<input type="checkbox"/> 自宅	病院又 は施設	名 称 住 所	
	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中	入院又は入所期間 年 月 日～		
心 身 状	歩 行	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
		[主食] <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 粥ペースト [副菜] <input type="checkbox"/> 普通菜 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ペースト食		
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 オムツ利用	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜のみ	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 昼夜
	入 浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	着 脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	視 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 弱視	<input type="checkbox"/> 全盲
態	聴 力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> やや難聴	<input type="checkbox"/> 難聴
	言 語	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 少し不自由	<input type="checkbox"/> 不自由
	医療の状況	<input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不穏行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> その他()		
	【現在治療中の病気・特記事項等】			