

# 入 所 申 込 書

介護老人保健施設 西美濃さくら苑 様

令和 年 月 日

**介護老人保健施設 西美濃さくら苑に利用の申込をします。**

利用希望者	氏名	フリガナ	男・女	明治 大正 昭和	年	月	日生	歳	
	住所	〒							
	要 介 護 度	申請中		要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5			
	認 定 期 間	令和 年 月 日				～ 令和 年 月 日			
	居宅介護支援事業所名						担当ケアマネ		
	現 在 の 居 場 所	<input type="checkbox"/> 自宅で生活 主な介護者 ( ) <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 ( ) 入院または入所日 <input type="checkbox"/> 入所中 施設名 ( ) 年 月 日～							
申込者	氏名	(印)			年齢	利用者との関係			
	住所	〒							
		自宅電話 ( )	-		勤務先名				
	携 帯 ( )	-		勤務先電話 ( )				-	
家族状況 (申込者除く)	利用者と同居の家族氏名	年齢	続柄	職業	同居以外の親族	年齢	続柄	居住地	
入所理由	<input type="checkbox"/> リハビリをして欲しい <input type="checkbox"/> 自宅で介護することができない <input type="checkbox"/> その他 ( )								
サービス希望	<input type="checkbox"/> 長期入所 1ヶ月 ・ 2ヶ月 ・ 3ヶ月 ・ 6ヶ月 ・ 9ヶ月 ・ 1年 <input type="checkbox"/> 【退所後について】 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 分からない <input type="checkbox"/> その他 ( )								
	<input type="checkbox"/> 個室 <input type="checkbox"/> 4人部屋 <input type="checkbox"/> どちらでもよい								
希望者の心身状況	<p>◎ <b>自分で歩くことが</b></p> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> やや不自由 (つたい歩き ・ 杖 ・ 手押車 ・ 歩行器) <input type="checkbox"/> 不自由 車椅子 (操作可・操作不可) <p>◎ <b>自分で食事をすることが</b> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない <input type="checkbox"/> 経管栄養</p> <p>◎ <b>自分でトイレに行くことが</b> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない</p> <p>◎ <b>お風呂に入ることが</b> <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 一部できない <input type="checkbox"/> ぜんぜんできない</p> <p>◎ <b>認知症のある場合 (認知の症状でまわりの人が困っていること)</b></p> <input type="checkbox"/> (昼・夜)徘徊がある <input type="checkbox"/> 暴言・暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )								