老人保健施設おさしお　入所申込書

申込日　　令和　　年　　月　　日

入所希望者	ふりがな		□男 □女	生　年　月　日	年齢
	氏　名			明治・大正・昭和　　年　　月　　日	歳
	住　所	〒		TEL	
申込者	ふりがな			続柄	
	氏　名				
	住　所	〒			
	連絡先	自宅（　　携帯（　　）			

家族構成	氏　名	年齢	続柄	連　絡　先	構成図
					□―○

利用希望者の状況	要介護認定	□要支援1　□要支援2　□要介護1　□要介護2　□要介護3 □要介護4　□要介護5　□申請中　□区分変更中			
	介護保険負担限度額認定	□あり（□1段階　□2段階　□3段階）□なし	負担割合証	□1割 □2割	
	居宅介護支援事業所		担当ケアマネジャー		
	希望利用サービス	□入所（希望期間　□約　　ヶ月間　□１年以上）　□短期入所療養介護			
	現在の状況	□自宅（□独り暮らし　□家族と同居） 利用している在宅サービス（　　）			
		□病院　病院名（　　）　年　月から			
		□施設　施設名（　　）　年　月から			
	かかりつけの病院		病　名		
	他施設申込状況	□当施設のみ申込む			
		□他の施設も申込んでいる、または申込む予定 施設名（			
	食事	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助（□胃ろう）			
	移動	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助			
	手段	□独歩　□杖歩行　□歩行器使用　□車椅子　□その他（　　）			
	排泄	□自立　□見守り　□一部介助　□全介助　（オムツ使用　□あり　□なし）			
	言語	□普通　□聞取りにくい　□聞取れない			
	認知症状	□あり（具体的な内容　　）　□なし			