

豊島区特別養護老人ホーム入所申込書

() 施設長様

申込日 令和 年 月 日

ふりがな		生年月日	明・大・昭	年 月 日	男・女	要介護度	
入所希望者氏名							
住所	〒 豊島区			連絡先			
介護保険証被保険者番号			介護保険者証有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

ふりがな		関係	電話番号①
連絡者			
住所	〒		電話番号②

【入所希望者の日常生活状況等】

食 事	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立 (はし ・ スプーン ・ フォーク)		
排 泄	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (トイレ ・ おむつ ・ ポータブルトイレ) <input type="checkbox"/> 自立		
移 動	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (歩行 ・ 車いす ・ 歩行器 ・ 杖) <input type="checkbox"/> 自立		
障害の有・無	「有」の場合の状況	例) 視覚障害 1 級	

既往症	例) 高血圧症		
現在治療中の病名			
医療行為等の有・無 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻腔・胃瘻) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 ()		

※施設記入欄

受付日	令和 年 月 日	受付者 (施設名)	()
備 考			

