

佐久市特別養護老人ホーム入所申込書

| | | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|--|---------|
| 受付番号 | | 希望施設 | <input type="checkbox"/> みつい <input type="checkbox"/> きのの | 申込日 | 年 月 日 | |
| 入所希望者 | フリガナ | | | 性別 | 生年月日 | |
| | 名前 | | | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 歳 | |
| | 住所 | 〒 | | | | |
| | 申込理由 | | | | | |
| | 介護保険 | 被保険者番号 | | 認定期間 | | 保険者 |
| | | | | 年 月 日 まで | | 佐久市・() |
| | | 要介護度 | | | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |
| | <input type="checkbox"/> 要介護5 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 特例 | | | <input type="checkbox"/> M・IV <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> 自立 | | |
| | 居場所等 | <input type="checkbox"/> 老健・病院等 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ(相手の年齢 歳) <input type="checkbox"/> 家族と同居(人家族) | | | | |
| | (名称:) (期間: 年 月 日から) (理由:) | | | | | |
| 医療身体状況等 | <input type="checkbox"/> 経管栄養() <input type="checkbox"/> カテーテル() <input type="checkbox"/> ストマー() <input type="checkbox"/> 酸素療法() | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> インシュリン(回/日 単位) <input type="checkbox"/> 透析() <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| | [主治医] 病院・医院・クリニック 科 先生 | | | | | |
| | [既往歴] | | | | | |
| | [身体状況] | | | | | |
| [認知症状] | | | | | | |
| 居宅介護支援事業所等 | 事業所名 | 担当者 | | 電話 | | |
| | | | | | | |
| | 意見等 | | | | | |
| | | | | | | |
| 上記のとおり入所の申し込みをします。 | | | | | | |
| | | | | 連絡先電話番号(携帯等) | | |
| (申込者) | 住所 | | | 1 | | |
| | 氏名 | | | 2 | | |
| (入所希望者との関係:) | | | | | | |
| 佐久市特別養護老人ホーム 施設長 様 | | | | | | |

※「介護保険被保険者証(写)」、直近3ヶ月の「利用票及び別表(写)」を添付してください。※裏面も記入して下さい。

