

お願い：介護保険証のコピーとおくすり表のコピーをお持ち下さい。

特別養護老人ホーム 青空 入居申込書

基本情報

				申込日	平成	年	月	日			
入居者	フリガナ 氏名			性別	明治・大正・昭和		年	月	日生	歳	
				男・女	電話 ()		-				
	住所	〒									
	世帯	・ 独居 ・ 同居 (同居者：例 長男夫婦と孫)									
現況	・ 自宅 ・ 自宅以外の在宅 (例 三女宅)										
	・ 入院中 名称() ・ 入所中 名称()										
申込者	フリガナ 氏名			性別	続柄	明治・大正・昭和・平成		年	月	日生	歳
				男・女		電話 ()		-			
						携帯		-			
	住所	〒									
職業	勤務先			勤務先電話 ()		-					
その他の連絡先	氏名			続柄	自宅電話		携帯電話				
	フリガナ										
	フリガナ										

居宅介護支援事業者(ケアマネージャーの所属機関)		
事業者名	ケアマネージャー名	電話番号

家族構成図
<input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性 <input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 死亡

在宅サービス利用歴		
利用サービス	期間	事業者名
例 デイサービス	平成27年4月～現在	足利福祉サービス
1		
2		
3		
4		

ADL	歩行	独歩・杖・つたい歩き・シルバーカー・歩行器・車椅子(標準/リクライニング)								
	食事	自力摂取・一部介助・全介助		主食	ご飯・お粥・ミキサー		副食	常食・刻み・極刻み・ミキサー		
		経管栄養()			制限アレルギー				その他	
	排泄	昼間	トイレ・パット・リハビリパンツ・オムツ・バルーン			夜間	トイレ・パット・リハビリパンツ・オムツ・バルーン			
	認知症	無・有(症状)								
医療	酸素療法	気管切開	ネブライザー	インスリン注射	ストーマ(人工肛門)	留置カテーテル	褥瘡処置	その他()		

医療の状況

かかりつけ医（現在かかっている病院及び診療所）

	病 院 名	診 療 科	医 師 名
例	足利赤十字病院	脳神経外科	足利花子
A			
B			
C			
D			
E			

病歴（最近のことから順にお書き下さい）

	病 名	発症年月	病院名	診療科	医師名
例	高血圧症	平成27年9月	A	←(上記の英字にて省略可能)	
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					

服薬状況 ※薬の内容がわかる説明書きの書類、お薬手帳などのコピーをお持ち下さい。