

# 介護老人保健施設 すいれん 入所申込書

受付日 平成 年 月 日

(入所希望者情報)

フリガナ		男 女	明治・大正・昭和
氏名			年 月 日 ( 歳 )
フリガナ	〒		電話 ( )
住所			
(1) 現在の状況 <span style="float: right;">該当するものに☑をし、( )内に所要事項を記入して下さい</span>			
<input type="checkbox"/> 自宅で生活 <input type="checkbox"/> 入院中 病院名 ( ) 入院日 ( ) <input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名 ( ) 入所日 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
(2) 入所希望理由 <input type="checkbox"/> 一人での生活が不安な為 <input type="checkbox"/> 介護負担軽減の為 <input type="checkbox"/> リハビリの為 <input type="checkbox"/> その他( )			
(3) 入所期間の必要をどの程度と考えていますか <input type="checkbox"/> 1ヶ月 <input type="checkbox"/> 2ヶ月 <input type="checkbox"/> 3ヶ月			
(4) 経済状況 <input type="checkbox"/> 年金(月額約 万円) <input type="checkbox"/> 介護保険負担限度額認定証有り <input type="checkbox"/> 生活保護受給(福祉事務所: 担当: )			
(5) 病状等	かかりつけ医		
	治療中の疾患		
	医療処置	<input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストマ) <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他( )	
(6) その他特記事項(入所後のご希望や日常的に使用する機器・器械の有無等)			
(7) 介護保険			
支援・要介護1・2・3・4・5		介護認定 有効期間	年 月 日迄
居宅支援 事業所名	担当者	TEL ( )	FAX ( )
(8) ご家族氏名	続柄	年齢	職業 介護可能時間
			同居・別居 朝・昼・晩
			同居・別居 朝・昼・晩
			同居・別居 朝・昼・晩
(9) 連絡先		住所〒	
フリガナ			
氏名			
(本人との続柄) ( 歳 )		電話 ( )	
(10) 退所後について			
<input type="checkbox"/> 自宅に帰る <input type="checkbox"/> 施設[名称 ]に入る予定 <input type="checkbox"/> その他( )			

大阪市鶴見区 諸口6丁目15番74号  
 介護老人保健施設 すいれん  
 TEL (06)6115-9002  
 FAX (06)6115-9005