

介護老人福祉施設 愛全園 利用申込書(面接・郵送)

記入日 令和 年 月 日

ふりがな				性別
お名前				男・女
生年月日	明・大・昭 年 月 日	満 歳	歳	
介護保険被保険者番号			保険者	
要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5			
住所	〒 -			
電話番号				
現在いらっしゃる場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 施設の名称()			
担当ケアマネジャーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ○事業所名() <input type="checkbox"/> ケアマネジャー(介護支援専門員)の氏名()			
在宅サービスの利用	<input type="checkbox"/> 利用している <input type="checkbox"/> 利用していない			
利用しているサービスの種類	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス(回/ 週) <input type="checkbox"/> デイサービス(回/ 週) <input type="checkbox"/> ショートステイ(回/ 週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴(回/ 週) <input type="checkbox"/> 配食サービス(回/ 週) <input type="checkbox"/> その他()			
歩行の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行介助 <input type="checkbox"/> 車椅子自操 <input type="checkbox"/> 車椅子介助			
移乗の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助を要する場面)			
食事の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助を要する場面)			
食事形態	(主食) <input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 (副食) <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大キザミ <input type="checkbox"/> キザミ <input type="checkbox"/> ミキサー			
排泄の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助を要する場面)			
排泄の場所	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> オムツ			
入浴の状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (介助を要する場面)			
浴槽の種類	<input type="checkbox"/> 家庭浴槽 <input type="checkbox"/> 手すりつき浴槽 <input type="checkbox"/> 車椅子浴槽 <input type="checkbox"/> 機械(寝台)浴槽 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(軽・中・重)			
その他 あてはまるもの	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴力行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 大声や奇声 <input type="checkbox"/> 介護拒否 <input type="checkbox"/> その他の行為(具体的に) <input type="checkbox"/> 医療器具を使っている(具体的に)			
疾病				
既往歴				
利用理由				
利用希望時期				
ふりがな				ご本人とご関係
申請者				
住所	〒 -			
連絡先				
同居の方について	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> ご夫婦のみ(相手の方の年齢 歳) <input type="checkbox"/> ご夫婦以外の同居者がいる()			
その他				

ご記入ありがとうございました。