

# 入所申込書

担当者

以下の通り入所の申込みを行います。

申込年月日 年 月 日

入所ご希望者		性別	男・女	生年月日	年 月 日( 歳)	
ご住所	TEL( - - )					
申込者お名前		続柄		←入所ご希望者ご本人以外がお申込みの場合		
ご住所	TEL( - - )					
要介護度	1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日まで・申請中			
認知症の有無	有・無	認知症度	* 主治医意見書による <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M			
事業所名			入所・入院中の場合			
TEL・ケアマネ	( - - )・ケアマネ( )		TEL・担当			
健康状態	治療の状況	医療機関名	現病状(病名)			
	入院中					
	外来治療中		既往歴			
	往診・訪問看護					
	障害の有無					
同居	お名前	続柄	年令	お仕事の状況	健康状態	介護内容
ご家族						
別居						
(直系血族のみ)						
在宅サービスの利用状況						※ご利用希望者についての特記事項
施設の利用状況						
その他サービス利用状況	住宅改修					
	福祉用具					

※記入例をご参照ください。該当するものには○をお付けください。認知症度の欄には該当する枠に☑をお入れください。  
※ 上記の記載内容について、入所検討委員会以外の目的で利用いたしません。