

地域密着型特別養護老人ホーム エイジトピア浅田 入所申込書 1

エイジトピア浅田
施設長殿

申し込み日	平成	年	月	日
受付日	平成	年	月	日

フリガナ					性別	男	女					
氏名					生年月日	明治	大正	昭和	年	月	日	
住所	〒 —											
	電話番号 — —											
介護保険	要介護	1	2	3	4	5	認定日	平成	年	月	日	
認定期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日											
健康保険	種別											
年金など	種別											
現状	<input type="checkbox"/> 自宅	病院・施設名称										
	<input type="checkbox"/> 入院中											
	<input type="checkbox"/> 入所中	入所・入院期間										
心身状態	歩行	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
		オムツの使用 なし あり(使用種類)										
	食事	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
		主食		普通		軟飯		お粥		ペースト		
		副食		普通		一口大		刻み食		ペースト		
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
	着脱衣	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助						
	視力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 弱視		<input type="checkbox"/> 全盲						
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> やや難聴		<input type="checkbox"/> 難聴		補聴器使用 あり なし				
言葉	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 少し不自由		<input type="checkbox"/> 不自由							
行動障害	<input type="checkbox"/> 攻撃的		<input type="checkbox"/> 自傷行為		<input type="checkbox"/> 徘徊		<input type="checkbox"/> うつ状態					
	<input type="checkbox"/> 不穏行動		<input type="checkbox"/> 不潔行為		<input type="checkbox"/> 異食行為		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転					
	<input type="checkbox"/> 奇声		<input type="checkbox"/> 多動		<input type="checkbox"/> その他()							
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> インスリン注射		<input type="checkbox"/> 酸素療法		<input type="checkbox"/> 気管切開					
	<input type="checkbox"/> 床ずれ		<input type="checkbox"/> カテーテル		<input type="checkbox"/> 人工肛門処置							
	<input type="checkbox"/> その他()											
* 現在治療中の病名()受診医療機関()												
* 特記事項												