

介護老人保健施設白寿の杜 入所等申請書

介護老人保健施設白寿の杜 施設長 殿

次のとおり、入所申込みをします。また、入所判定に使用する目的で、医療機関・居宅介護支援事業者等から情報提供を受けることに同意します。

入所・ショート・デイケア

申込み・同意日	令和 年 月 日		
申込者 (連絡先) のお名前	氏名	フリガナ	ご本人との関係
	住所	〒	連絡先電話番号 ② ②

サービスを利用されるご本人	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日	
	氏名		性別	男・女	年齢 歳	
	住所	申込者と異なる場合お書きください。 電話番号				
	要介護認定 コピーを添付下さい。	要介護 状態区分	要介護 1 2 3 4 5	申請中 (新規・区分変更)		
		介護保険負担割合証 1・2・3割 介護保険負担限度額認定証 未・3・2・1段階 (食費 円)				
	現在の状況 該当を○で 囲んでください。	1. 自宅にいる。(居宅介護サービス利用：有・無 担当 CM：) 2. 入院中 (医療機関名： 入院日： 担当者：) 3. 入所中 (施設名： 入所日： 担当者：) 心身の状況(病名、治療内容等) ※処方薬の分かるものを添付下さい。(処方箋・お薬手帳) 経管栄養 (経鼻・PEG)・在宅酸素療法・インスリン注射・気管切開・認知症 日常生活動作や認知症等に関して、困っている・気になっていること。 転倒不安・車椅子使用・見当識・徘徊 (昼夜)・妄想・食事・入浴・排せつ				
	入所希望理由 該当に○を	在宅介護不可・介護不安・独居・高齢者夫婦のみ・家族別世帯 (近隣・遠方) ・家族就労で介護困難・家族を養育 (介護) 中・車椅子使用不可 ・退院 (許可が出た)・退所・その他 (
施設入所後の 予定	1. 在宅復帰 2.施設入所の継続 (他施設を含む) 3.未定					
他の施設等への 申込み状況	1. 申込みをしていない。 2.している。 特別養護老人ホーム 施設名： 老人保健施設・その他 施設名：					
コロナワクチン接種	未接種 / 接種 回目	インフルエンザワクチン接種	未接種 / 接種 月 日			
備考	ショートステイ 希望・不要					