

# 豊島区特別養護老人ホーム入所申込書

( ) 施設長様

申込日 平成 年 月 日

ふりがな		生年 月日	男・女・昭	年 月 日	男・女	要介 護度	
入所希望者 氏名							
住 所	〒 豊島区			連絡先			
介護保険証 被保険者番号			介護保険者証 有効期間	平成 年 月 日 ~	平成 年 月 日		

ふりがな		関係	電話番号①	
連絡者				
住 所	〒		電話番号②	

## 【入所希望者の日常生活状況等】

食 事	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立    ( はし ・ スプーン ・ フォーク )	
排 泄	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助    ( トイレ ・ おむつ ・ ポータブルトイレ ) <input type="checkbox"/> 自立	
移 動	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 一部介助    ( 歩行 ・ 車いす ・ 歩行器 ・ 杖 ) <input type="checkbox"/> 自立	
障害の 有 ・ 無	「有」の場合の状況	例) 視覚障害1級

既往症	例) 高血圧症		
現在治療中の 病名			
医療行為等の 有・無 ※該当にチェック	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( 鼻腔 ・ 胃瘻 ) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> その他 (                      )		

## ※施設記入欄

受付日	平成 年 月 日	受付者 (施設名)	(                      )
備 考			

## 【在宅の方】

<介護者の状況>

