入　所　申　込　書

入所申込日　　年　　月　　日

家族等（申込者）	氏　名		続 柄	
	住　所	〒　　－	電　話 番 号	（　　） －

入所希望者

ふりがな		男・女	生年月日	M・T・S　　年 月　　日 （　　歳）
氏　名				
住　所	〒　　－		電話番号	（　　） －
同居家族	配偶者　・　子　・　子の配偶者　・　孫　・　その他（　　）			
要介護度	支援１・２、介護１　・２　・３　・４　・５、申請中（R　.　　）、未申請 介護保険番号			
現在の居住場所	在宅 、施設（　　）、 病院（　　）　退院（　可　・　不可　）			
	入所・入院期間（　　.　　.　　～　　.　　.　　）			
現在の状態（該当する項目に〇）	移動：歩行（ 自立　・　介助 ）、杖、押し車、車イス（ 自力　・　介助）			
	食事：自立　・　一部介助　・　全て介助　・　経管栄養（ 胃ろう　・　経鼻 ）			
	排泄：自立　・　一部介助　・　全て介助　（ リハパン　・　オムツ　）			
	認知症：なし　・　あり ・徘徊　・不潔行為　・昼夜逆転　・暴言　・暴力行為　・介護への抵抗 ・その他（　　）			
	主な病名：			
入所理由	入所理由： 入所希望期間：　３ヵ月　・　その他（　　ヵ月　）			
入所時期	□今すぐ入所したい　　□３ヶ月以内　　□１年以内 □当面希望しない			
希望居室	□多床室希望　　□個室希望（　□特室希望あり　）			
他施設への申込み	□なし　□あり　施設名：　　申込年月日： 施設名：　　申込年月日： 施設名：　　申込年月日： 施設名：　　申込年月日：			
居　宅ケアマネ	居宅介護支援事業所名：			
	ケアマネジャー氏名　：			
備　考				

※　分かる範囲で、ご記入下さい　　受付日　　年　　月　　日

介護老人保健施設　フレンド　　対応者