

入所申込書

令和 年 月 日

医療法人 池慶会

介護付有料老人ホーム あいしくら

以下の通り、介護付有料老人ホーム あいしくらへの入所を希望します。

入居希望者	フリガナ		男	大正・昭和		
	氏名		女	年	月	日生 歳
	住所			電話		
	認定状況	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5		
	かかりつけ医	医療機関名： 主治医：				
	主病名					
	医療行為	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 吸痰 (回/日) <input type="checkbox"/> 酸素療法(L) <input type="checkbox"/> 褥瘡・創傷処置 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	現在の待機場所	<input type="checkbox"/> 病院 (医療機関名：) <input type="checkbox"/> 在宅 (1人暮らし・家族と同居) <input type="checkbox"/> その他 ()				
	居宅介護 支援事業所	居宅介護支援事業所： 担当ケアマネジャー：				
	他施設申込状況	<input type="checkbox"/> 申し込んでいる 種類 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・その他) 施設名： 種類 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム・その他) 施設名： <input type="checkbox"/> 申し込んでいない (申込予定あり・申込予定なし)				
	心身の状態	認知症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (症状：) 歩行： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 補助具： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 排泄： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助 食事： <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助				
	入居希望時期					

申込代筆者	フリガナ		続柄	
	氏名			
	住所			
電話		携帯電話		