入所申込書（事業所・ケアマネージャー・病院用）

＜入所希望者＞　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日：　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 男　・　女 | |
| 氏名 |  | | 生年月日 | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | |
| 現住所 |  | | 電話番号 |  | |
| 介護度 |  | | 被保険者番号 |  | |
| 障害老人の  日常生活自立度 | |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 | |  |
| 介護認定期間 | | 年　　　月　　　日　　～　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | |

※「介護保険被保険者証」がございましたら、コピーの添付をお願い致します。

＜入所希望者の状況（注意点等）＞

|  |  |
| --- | --- |
| 食事 |  |
| 排泄 |  |
| 移動 |  |
| 認知 |  |
| 医療状況 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| その他 | （夜間の様子、精神状況等） |

＜既往歴・現症・健康状態＞

＜ケアマネジャー・相談員からの意見（入所の必要性・緊急性当について）＞

＜事業所名＞

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 事業所名・住所 | 連絡先 | 職名・担当者名 |
|  |  |  |

ご不明な点がございましたら、以下のお問合せ先までご連絡下さい。

　　島根県松江市東出雲町出雲郷４９３

　　電話（0852）－52－3330　　FAX（0852）－52－5296

　　　特別養護老人ホーム東寿苑

　　　担当者：・