

入 所 申 込 書

申込日 平成 年 月 日

入 所 者 氏 名	年 齢	生 年 月 日	介 護 度	有 効 期 限
		明治 大正 昭和 年 月 日	要支援 申請中 1 2 3 4 5	平成 年 月 日 まで有効
住 所				家 族 構 成
〒				
家 族 氏 名	続 柄	連 絡 先		
現 在 の 状 況				
入院している 病院名 (病院) 病気名 () 担当医 ()				
他施設に入所している 施設名 ()				
自宅で療養 a.一人暮らし b.配偶者と二人暮らし c.()と暮らしている d.その他()				
その他				
通 院 さ れ て い る 病 院				
病院名 (病院) 病気名 () 通院回数(年,月,週 回)				
病院名 (病院) 病気名 () 通院回数(年,月,週 回)				
病院名 (病院) 病気名 () 通院回数(年,月,週 回)				
利用器具	車椅子、シルバーカー、歩行器、杖、その他()			
食事	普通食、刻み食、ミキサー食、その他() 注意点()			
	好きなもの() 嫌いなもの()			
趣味など				
問題 行動等				
将来 の希望	自宅で一人暮らし 特別養護老人ホーム等に入所 ()と暮らす その他()			
介護支援事業社名()	担当ケアマネ()		連絡先()	
備 考				