

入所申込書・回答用紙

年 月 日

特別養護老人ホーム あらしま苑 苑

居宅介護支援事業所名

又は町村名

担当介護支援専門員名

又は担当者名

TEL

FAX

申 込 者	被保険者番号														保険者名	
	ふりがな											性別	明治			
	氏名											男・女	生年月日	大正 年 月 日		
													年齢	昭和	歳	
	住所															
電話番号	自宅	()										その他	()			
連 絡	氏名											続柄				
	住所															
	電話番号	自宅	()										その他	()		

本人及び介護の状況

要 介 護 度	<input type="checkbox"/> 要介護度5 <input type="checkbox"/> 要介護度4 <input type="checkbox"/> 要介護度3 <input type="checkbox"/> 要介護度2 <input type="checkbox"/> 要介護度1 以下の不適応行動が概ね一週間に1～2回程度出現する。															
	<input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 夜間せん妄 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 奇声 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 攻撃的行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 摂食異常 <input type="checkbox"/> 弄火の問題行動 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護に抵抗 <input type="checkbox"/> その他問題行動 ()															
介 護 の 必 要 性	<input type="checkbox"/> ①身体的理由又は認知症、知的障がい・精神障がい等による不適応行動のため 在宅生活の継続が困難															
	介護保険の	当 月														単 位
	居宅サービスの	前 月														単 位
	利用状況	前々月														単 位
	<input type="checkbox"/> ②在宅生活が困難なため当該特養以外の施設に入所（入院）中															
施設（病院）名												期間	年 月			
家族等介護者の状況	<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯・介護者が虚弱等 <input type="checkbox"/> 介護者が就業中・複数の人を介護している等															
緊急に入所を要する理由 (該当者のみ記入)																
特記事項																

年 月 日

上記申込者の入所申込について下記の通り回答します。

担当

TEL

FAX

年 月 日付で受け付けました。

受け付けられません

理由

[

]