

入所申込書・回答用紙

平成 年 月 日

特別養護老人ホーム ふたみ苑 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	
	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、知的障害・精神障害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												

平成 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

平成 年 月 日付で受け付けました。

受け付けられません 理由

[ ]