

ナーシングホーム御菌ひかり 入居 申込書

年 月 日

入 所 希 望 者	フリガナ氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	年 月 日 歳
	住所	〒	連絡先①	
			連絡先②	
	希望部屋	<input type="checkbox"/> トイレなし <input type="checkbox"/> トイレあり（トイレの壁向き：右・左・どちらでも） <input type="checkbox"/> 角部屋（窓二つ）		
入居希望日	<input type="checkbox"/> 指定日：令和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日ごろ <input type="checkbox"/> いつでも <input type="checkbox"/> 準備ができ次第			

身 元 引 受 人	フリガナ氏名		続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
				生年月日	年 月 日 歳
	住所	〒	連絡先①		
			連絡先②		

そ の 他 の 連 絡 先	フリガナ氏名		続柄	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
				生年月日	年 月 日 歳
	住所	〒	連絡先①		
			連絡先②		

利 用 者 状 況	疾患名					
	主治医	病院：	医師：	主治医への相談・報告：未・済 診療情報提供書依頼：未・済		
	医療行為	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖値測定 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養（胃瘻・経鼻） <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	要介護度	要介護	1	2	3	4 5 申請中 区変中
	認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日まで				
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割				
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 公費（ ）				
	身障手帳	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	その他			
	年金額	円/月	その他の収入			
	現状	<input type="checkbox"/> 自宅で独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設や病院 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		施設・病院名：				
	居宅介護 支援事業所		利用中の サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	担当 ケアマネ					
希望 (サービス)	<input type="checkbox"/> リハビリ（デイケア・訪問） <input type="checkbox"/> 定期的な外出 <input type="checkbox"/> 定期的な外泊 <input type="checkbox"/> 毎日面会したい <input type="checkbox"/> その他（ ）					
今後の 方向性	<input type="checkbox"/> 自宅に帰ることも検討したい <input type="checkbox"/> 今後も入居を継続したい <input type="checkbox"/> 看取りまでお願いしたい <input type="checkbox"/> 特養の空き待ち <input type="checkbox"/> 検討中	備考				