

介護老人保健施設入所申込書

年 月 日

豊浦町介護老人保健施設長 様

申請者 住 所

氏 名
(続柄)

TEL () -
携帯

下記の者について、介護保険法による豊浦町介護老人保健施設への入所を希望します。

また、入所に際し、貴所で必要となる情報について関係諸機関等に連絡のうえ、それらを収集・閲覧することを承諾いたします。

入所希望者氏名	Ⓜ		性別	男・女
生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)			
住 所				
待 機 場 所	(自宅・医療機関・施設) 名称:		退院(所)見込: /	
介 護 度	介 護 度 1・2・3・4・5 (※ 申請中)			
介 護 保 険 証 発 行 市 町 村	市町村名:			
身体障害者手帳	有 (種 級)・無			
利 用 希 望 期 間	年 月 頃～ 年 月 頃 在宅復帰 ・ 長期			
居宅介護支援事業所 又は現入所施設	名称		担当者	
	住所		電話	
施 設 入 所 を 希 望 す る 理 由				

(※裏面の情報提供にご協力ください)

【入所希望者に係る情報】

出生地	
学歴	小学校卒 ・ 中学校卒 ・ 高校卒 ・ 大学卒
職歴	
結婚歴	
主な病気	
家族構成	兄弟 人 ・ 子供 人 ※ 子は上から順に居住地も記載してください (例：長男 ○○市など)
主介護者	※ ご本人の事について施設が相談させていただく人
食品アレルギー	<input type="checkbox"/> 特になし
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> 特になし
趣味	<input type="checkbox"/> 無趣味
現在の生活活動	起床（ : ） 朝食（ : ） 昼食（ : ） 夕食（ : ） 就寝（ : ） 昼寝（ <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない） 午前： 午後： 夜間：
ご本人の行動などで問題に感じるものがあれば書いてください。	
ご 家 族 様 の 意 向	
どのような生活をしてほしいか	
当施設以外の入所施設への申込み状況	<input type="checkbox"/> 申請済み（施設名： ） <input type="checkbox"/> 未申請又は検討中（施設名： ）
リハビリの希望	<input type="checkbox"/> 積極的にしてほしい <input type="checkbox"/> 現状維持 <input type="checkbox"/> 本人に任せる <input type="checkbox"/> 無理にしないでよい
延命処置の希望	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない