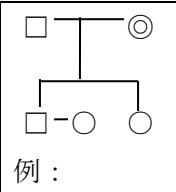


特別養護老人ホーム山彦ホーム 入所希望調査票

記入日 年 月 日

入 所 希 望 者 の 現 況	氏名				
	健康保険	種別	国民健康保険 ・ 社会保険 ・ 後期高齢者医療保険 ・ その他		
	年金等	種別	国民年金 ・ 厚生年金 ・ 遺族年金 ・ 共済年金 ・ 生活保護		
		年金額	/ カ月 (年額)		
	負担限度額認定証	<input type="checkbox"/> 有 (第一段階 ・ 第二段階 ・ 第三段階) <input type="checkbox"/> 無			
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
	認知症の種類	アルツハイマー型 ・ 脳血管性 ・ レビー小体型 その他 () ・ 不明			
	生活状況	移動	歩行・杖・歩行器・車椅子・ストレッチャー	介助	自立・一部介助・全介助
		食事	主) 米飯・粥・ミキサー (箸・スプーン)	介助	自立・一部介助・全介助
			副) 普通・一口大・刻み・極刻み・ミキサー		
排泄		トイレ・PTトイレ・尿器・オムツ	介助	自立・一部介助・全介助	
入浴	一般浴・特浴	介助	自立・一部介助・全介助		
身体状況	視力	普通・見えにくい・見えない	発語	普通・やや不自由・不自由	
	聴力	普通・聴こえにくい・聴こえない	理解力	普通・分りにくい・分らない	
	身長	cm	体重	kg	
健康状況	現疾患		病歴		
	感染症	無・有 ()	睡眠	良・不良 (服薬：無・有)	
	嚥下	異常なし・むせる・つめる	入れ歯	無・有 (上・下)	
	麻痺	無・有 ()	拘縮	無・有 ()	
家 族 連 絡 先	①	氏名		続柄	
		住所			
		電話	自宅：	携帯：	
	②	氏名		続柄	
		住所			
		電話	自宅：	携帯：	
【家族構成・図】 (<input type="checkbox"/> 男 <input type="radio"/> 女)		【内服薬】			
 <p>例：</p>					
【介護に至る経緯】 どのような経緯で介護が必要になったか、どのような理由で介護サービスを利用されているのか等					
<hr/> <hr/>					

入所申込に関する留意事項

① 入所申込書提出後に本人（入居希望者様）の状況や家族状況などに大きな変更が生じた場合および要介護認定の変更等があった場合等には、状況に応じて再申込をして頂く必要があります。まずは電話連絡をお願いします。

但し、要介護認定の更新時に要介護度やその他申込書に記入した事項に変更がない場合は、更新後の介護保険被保険者証の写しの提出をもって再申込とさせていただきます。

② 入所申込み取り消す場合も連絡をお願いします。

何かご不明な点やご質問などがございましたら、いつでも当施設までお気軽にご連絡下さい。

特別養護老人ホーム 山彦ホーム

担当：尾辻・長澤

Tel：(079) 253-8168