

介護医療院 白龍湖

申込年月日
令和 年 月 日

申込者	住所
	フリガナ
	氏名
	自宅電話:
	携帯電話:

《入所希望者の状況》

フリガナ		性別	介護保険/保険者	三原市 東広島市 ()
氏名		男・女	要介護度	要介護
生年月日	年 月 日	歳	被保険者番号	
現住所			認定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
状況	<input type="checkbox"/> 自宅で単身 <input type="checkbox"/> 高齢者のみの世帯 <input type="checkbox"/> 自宅で家族と暮らしている			
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設や病院等に入っている			
	施設名/病院名()			
	入所または入院時期 年 月頃から			
入所希望の理由	<input type="checkbox"/> 介護者がいないため <input type="checkbox"/> 居住できる住居がない			
	<input type="checkbox"/> 介護者が就労/高齢/障害/病気により十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 介護者の身体的・精神的な負担が大きく、十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 住居、衛生環境の事情により、十分な介護ができない			
	<input type="checkbox"/> 施設や病院等から退所・退院を迫られているが、在宅での介護ができない			
	<input type="checkbox"/> その他 ()			
かかりつけ医	医療機関名: ()		担当医名 ()	
医療の状況	現在治療中の病名 ()			
担当ケアマネ	事業所()		担当者 () なし	
認知症	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり 【 () 】			
移動	<input type="checkbox"/> 歩行【自力 杖 歩行器】 <input type="checkbox"/> 車椅子【自走 介助】			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助【 () 】			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助【 () 】			
更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助【 () 】			
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助【 () 】			
視力・聴力・皮膚	視力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 弱視	聴力 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 難聴	皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	
ご家族の状況	家族構成 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 孫 <input type="checkbox"/> その他【 () 】 主介護者 氏名【 () 】 続柄【 () 】【同居 別居】			
ご家族の意向				