介護老人保健施設　仁和の里

入所申込み書

申込年月日
令和　　年　　月　　日

申込者	住所	
	フリガナ 氏名	入所予定者との続柄 【　　】
	自宅電話　：	
	携帯電話　：	

《 入所予定者の状況 》

フリガナ		性　別	介護保険/保険者	三原市　東広島市　その他	
氏　名		男　・　女	要介護度	自立　要支援　（ 1　2 ） 要介護（ 1　2　3　4　5 ）	
生 年 月 日	年　月　日　歳		被保険者番号		
現 住 所			認定有効期間	令和　年　月　日 から 令和　年　月　日 まで	
状　況	☐ 自宅で単身　☐ 高齢者のみの世帯　☐ 自宅で家族と暮らしている				
	☐ 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　令和　年　月　日　頃から				
入居希望の理由（複数回答可）	☐ 介護者がいない為　☐ 居住できる住居がない				
	☐ 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				
	☐ 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				
	☐ 住居、衛生環境の事情により、十分な介護ができない。				
	☐ 病院等から退所･退院を迫られている。在宅での介護ができない				
	☐ 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	事業所名　【　】　担当者名【　】　いない				
認 知 症	☐ 全く認知症を有しない	☐ 認知症を有する／具体的な症状や行動			
	【　】				
移　動	☐ 歩行【自力　杖　歩行器 】　☐ 車椅子　【 自走　介助 】				
食　事	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助【　】				
排　泄	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助【　】				
更　衣	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助【　】				
入　浴	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助【　】				
視力･聴力･皮膚	視力 ☐普通　☐弱視	聴力　☐普通　☐難聴	皮膚疾患　☐無い　☐ある		
ご家族の意向					

― 備考 ―