

市立輪島病院 介護医療院 入所申込書

令和 年 月 日

《申込者》 [住所]

[氏名]

[続柄]

[TEL] ( )

—

下記の通り、入所を申し込みします。

|       |               |         |                 |
|-------|---------------|---------|-----------------|
| フリガナ  |               | 性別      | 生 年 月 日         |
| 入所者氏名 |               | 男・女     | M・T・S 年 月 日( 歳) |
| 入所者住所 | 〒 — TEL ( ) — |         |                 |
| 日中連絡先 | 氏名 (続柄)       | TEL ( ) | —               |
| 夜間連絡先 | 氏名 (続柄)       | TEL ( ) | —               |

|  |   |      |                |          |
|--|---|------|----------------|----------|
| 要介護度   | 1・2・3・4・5 (申請中・変更申請中)   |      | 有効期限           | 令和 年 月 日 |
| 被保険者番号   | 保険者(市町村)名   |      | 他施設への申し込み： 有 無 |          |
| 担当<br>ケアマネージャー   | 事業所名  | 施設名： |                |          |
|  | 氏 名   |      |                |          |
| 入所者の現在の状況<br>(いずれかに <input checked="" type="checkbox"/> して下さい) | <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他( ) |      |                |          |
| 在宅以外の場合、施設名  |   |      |                |          |
| 現在治療中の病気   |   |      |                |          |
| 特定疾患医療券、各種手帳等  |   |      |                |          |

| 状況(該当項目に○をつける)    |   | 備考  |    |      |      |       |       |    |    |
|-------------------|---|-----|----|------|------|-------|-------|----|----|
| 移動                | 自立 杖歩行 歩行器 車椅子(普通・リライティング)  |     |    |      |      |       |       |    |    |
|                   | 自立 一部介助 全介助   |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 排泄                | トイレ 尿器 ポータブルトイレ オムツ   |     |    |      |      |       |       |    |    |
|                   | 自立 一部介助 全介助   |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 食事                | 米飯 軟飯 全粥 5分粥 重湯 粥ゼリー<br>常菜 軟菜 5分菜 ペースト菜 介護菜 嚥下食<br>経鼻経管 胃瘻 CV 吸痰  |     |    |      |      |       |       |    |    |
|                   | 自立 一部介助 全介助   |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 着替え               | 自立 一部介助 全介助   |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 整容                | 自立 一部介助 全介助   |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 日常生活自立度           |   | J1  | J2 | A1   | A2   | B1    | B2    | C1 | C2 |
| 認知                | 自立度   | なし  | I  | II a | II b | III a | III b | IV | M  |
|                   | 症状  |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 既往歴               |   |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 医療処置              | <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> インシュリン注射<br><input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 人工肛門(ストーマ) <input type="checkbox"/> その他( ) |     |    |      |      |       |       |    |    |
| 新型コロナウイルス<br>予防接種 | 最終接種日( / )・接種回数 回   | 感染症 |    |      |      |       |       |    |    |
| インフルエンザ<br>予防接種   | 接種日( / )・未実施  |     |    |      |      |       |       |    |    |

※なお、入所する場合には、各予防接種をお願いすることがあります。

受付日 令和 年 月 日