

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 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 (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 常菜 軟菜 5分菜 ペースト菜 介護菜 嚥下食 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 <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 予防接種	最終接種日(/)・接種回数 回	感染症		
インフルエンザ 予防接種	接種日(/)・未実施			

※輪島病院及び他院に通院している方も、入所後は施設医が主治医となります。