

入所相談受付書

該当箇所へ☑を記入してください。

記入日 年 月 日

見学
 相談
 入所希望

入所を希望する者	フリガナ			保険者名				
	氏名			被保険者番号				
	生年月日	明・大・昭	年	月	日	() 歳	性別	男・女
	現住所	(〒 -)		電話(- -)				
	認定状況	<input type="checkbox"/> 要介護認定を受けている <申込日現在の介護度> 要介護度(1 2 3 4 5) <認定有効期間> 年 月 日 ~ 年 月 日迄 <input type="checkbox"/> 区分申請変更中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 更新申請中(年 月 日申請) <input type="checkbox"/> 要介護認定を受けていない <input type="checkbox"/> 認定申請中(令和 年 月 日申請)						
世帯状況	<input type="checkbox"/> 同居家族なし(1人暮らし) <input type="checkbox"/> 同居家族あり()							
医療に関する状況	(特別な医療的対応) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 人口透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル その他() (現在療養中の病気等) (その他健康状態に関する特記事項)							
介護に関する状況	飲水食事摂取 排尿 入浴 歩行 衣服着脱 視力 聴力 意思の伝達	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> やや見えにくい <input type="checkbox"/> やや聞こえにくい <input type="checkbox"/> ややできる	<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> かなり見えにくい <input type="checkbox"/> かなり聞こえにくい <input type="checkbox"/> かなりできる	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 全く見えない <input type="checkbox"/> 全く聞こえない <input type="checkbox"/> 全くできない			
担当介護支援専門員	事業所名() 担当者名() 連絡先()							

提出者(連絡先)

フリガナ		続柄	電話
氏名			
〒(-)			
住所			

お問い合わせは、☎097-560-3161 FAX097-542-6450 担当 佐藤・塩月

