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	□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 □区分申請変更中（　　年　　月　　日申請）　□更新申請中（　　年　　月　　日申請）			
		□要介護認定を受けていない □認定申請中（令和　　年　　月　　日申請）			

世帯状況	□同居家族なし（1人暮らし）　□同居家族あり（　　）
医療に関する状況	（特別な医療的対応） □なし □経管栄養　□胃ろう　□在宅酸素療法　□インシュリン注射　□人口透析 □人口肛門　□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　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 排　尿　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 入　浴　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 歩　行　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 衣服着脱　□自立　□見守り　□一部介助　□全介助 視　力　□普通　□やや見えにくい　□かなり見えにくい　□全く見えない 聴　力　□普通　□やや聞こえにくい　□かなり聞こえにくい　□全く聞こえない 意思の伝達　□普通　□ややできる　□かなりできる　□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 氏名	続柄	電話
〒（　　－　　） 住所		

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

月／日	経　　過

備　考　欄

キーパーソン	続柄
住所	☎
連絡先（携帯）	
入所可能日	

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