

佐藤病院介護医療院 入所申込書

記入年月日 年 月 日 わかる範囲でご記入ください

申込者	様	連絡先 (TEL)	
ご関係	本人・家族(続柄:)・担当ケアマネージャー・病院SW・その他()		
フリガナ		性別	生年月日
利用者名	様	男・女	年 月 日 (歳)
住所		電話番号①	
		電話番号②	
【入所申込理由】			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	負担割合	1割・2割・3割
認定期間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日	限度額負担割合証	なし・あり
障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
(移動状況)	自立・見守り・杖・歩行器・シルバーカー・車いす(自走)・車いす(介助)・リクライニング・ストレッチャー		
認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M		
経済状況	金銭管理(本人・その他:)	課税状況	課税・非課税 生活保護 なし・あり
担当居宅介護支援事業所	事業所名: 担当CM:		

かかりつけ医療機関	医療機関名: 担当医:		
主病名	1・ 2・ 3・		
既往歴			
医療内容 (実施中の ものに チェック)	☐ 内服(※)	☐ 点滴	☐ 中心静脈栄養
	☐ インシュリン注射(あり・なし)	☐ 喀痰吸引	☐ 経管栄養(胃ろう・経鼻・腸ろう)
	☐ 酸素吸入	☐ 気管切開	☐ 尿道留置カテーテル
	☐ ペースメーカー	☐ 透析	☐ シャント増設

【家族構成】	お名前	続柄	連絡先
	主介護者【 】		

※お薬を服用されている場合は、内容がわかるもの(お薬手帳のコピー等)を一緒にご提示ください