

# 介護老人保健施設 わかさ生協診療所

## 入所申込書 《入所・ショートステイ》

申込日 年 月 日

申込者氏名	フリガナ  <span style="float: right;">(男・女)</span>		
生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 ( 歳 )	連絡先	
住 所			
申請者氏名		続柄	
住 所		連絡先	自 宅
			勤務先
			携 帯
家族構成		入所目的	
介護保険証	介護度	要介護 1・2・3・4・5 申請中	
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
身体障害	級 ( )		
現在の状態			
意識障害	( 有 ・ 無 )	麻痺の程度	( 無 ・ 有 → 右 ・ 左 )
機能障害	( 独歩 ・ 杖歩行 ・ 車椅子 ・ 寝たきり )		
排 泄	( ポータブル ・ おしめ ・ 介助不要 ・ その他 )		
食 事	( 介助要 ・ 経管栄養 ・ 介助不要 )		
その他	( いびき ・ 視覚障害 ・ MRSA部位[ ] ・ 床ずれ )		
入所期間			
今後の方針			
備 考			

担当者：院所名

病棟

担当者名