

有料老人ホーム求麻 利用申込書

管理者 様

令和 年 月 日

申 込 者	氏名	本人 ・ 家族(続柄:) ・ その他()
	住所	
	連絡先	()

利 用 者	ふりがな	男	生年月日	明	大	昭	歳
	氏名	女	年	月	日		
	住所 〒	熊本県		電話	()		

介護保険被保険者番号										
------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

要介護状態区分	自立 要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)
---------	--

認定の有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで
---------	-------------------

連絡先 (緊急時)	氏名	続柄
	住所	
	電話 自宅 ()	勤務先等

希望居室	個室 (A ・ B ・ C)
------	------------------

現在の状況	1 在宅で生活中	病名
	2 入院中 医療機関名	
	3 施設入所中 施設名	

居宅介護支援事業者名	
担当者名	電話	()

本人の状況 (該当するものを○で囲んでください)

移動： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
 独歩 ・ 杖歩行 ・ 歩行器使用 ・ 車いす ・ その他 ()

食事： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 (胃ろう ・ 経管栄養)
 主食 (常食 ・ 粥 ・ ミキサー) 副食 (常菜 ・ きざみ ・ ミキサー)

排泄： 自立 ・ 一部介助 ・ 全介助
 ポータブル ・ おむつ使用 (常時・夜間のみ) ・ バルーンカテーテル

認知症： 有 ・ 無
 問題行動： 徘徊 ・ 不潔行為 ・ その他 ()

感染症： 有 ・ 無

施設への希望	施設処理欄
--------	-------

※ 要介護認定を受けておられる方は、介護保険被保険者証 (写) を添付してください。