

特別養護老人ホーム

広域
地域
第二

フルハウス 入所申込書

受付番号		申込受付日	
(フリガナ)		生年月日	(M ・ T ・ S)
入所希望者氏名		年	月 日
住所			
電話番号			
介護者氏名			
介護者連絡先			
介護度			
介護保険被保険者番号			
認定の有効期限			
障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
入所申込者が生活保護受給者で社福減免を受ける予定の有無	有 ・ 無		
入所希望者の状況	現在の居所		
	食事の様子		
	排泄の様子		
	移動の様子		
	認知症について		
	病気について		
	薬等		
備考 (申込理由等)			
	受付担当職員		