

介護老人保健施設プレシオーソ 入所申込書

					管理ID		
申込日	平成 年 月 日 ()				受付担当者		
入所希望者名	フリガナ			性別	男	支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	
	氏名				女	更新中 区変中 申請中()	
希望者名	生年月日	M T S 年 月 日 ()	歳		収入	国民年金 厚生年金 遺族年金 恩給 その他() 無	
	住所	〒 -				◆月額:約 円/月	
	連絡先電話番号: ()					生保 非課税世帯 非該当世帯 不明	

申込者氏名	フリガナ			性別	男	その他連絡先	フリガナ	
	氏名				女		氏名	
	続柄	入所予定者の、					続柄	
	住所	〒 - 同居の場合は、同上 連絡先電話番号: - -					連絡先	携帯: - - : - -

入所予定者の現在居所 : 自宅 施設 病院 ⇒		病院 施設名
担当居室事業所		入院理由・期間
連絡先(担当CM)	- -	連絡先(担当)
利用介護サービス	・訪問看護 /週 ・ショートステイ /週	利用医療サービス
	・訪問介護 /週 ・デイサービス /週	・注射 /月 ・点滴 /月 ・処方 /月
	・訪問入浴 /週 ・通所リハビリ /週	主治医(かかりつけ) 病院 医院 連絡先 - -

◆現在(日常)の状況◆	◆家族構成◆ □:男性 ○:女性 ----- -----
-------------	------------------------------------

定期受診の有無		
他施設申込状況	特養・グループホーム 介護老人保健施設 ショート・有料外	■介護の予算■ 月額 円 問わない 負担内訳/ 本人: 家族: その他:
移動状況	・独歩 ・杖歩行 ・伝い歩き ・這い歩き ・車イス(自走 介助) ・その他()	睡眠状況 ・ふとん ・ベッド ・福祉ベッド ・エアマット ・良眠 ・眠剤服用 ・
食事状況	・自立 ・一部介助 ・全介助 (ハシ スプーン) 主食(普通・粥食) 飲み物(普通・とろみ) <small>経口摂取 胃ろう 経鼻 副食(普通 刻み大 刻み小 超刻み ミキサー食 セリ-食)</small>	入浴 ・自立 ・一部介助 ・全介助 一般浴 個浴 シャワー浴 機械浴 清拭 更衣 ・自立 ・なんとかできる ・一部介助 ・全介助
排泄状況	自立 一部介助(尿意有 無) 全介助 リハパン(全・夜) パット オムツ(全・夜)	医療行為 ・吸引 ・褥瘡 ・在宅酸素 ・インシュリン ()
認知症(行動)	無 年相応 有 (徘徊 妄想 執着 暴力 奇声)	麻痺 () 無
希望居室	一般個室 特別室1 特別室2 どこでも	
入所希望時期	他施設への情報提供に同意	