

春の場所 短期入所・入所・申し込み書

申請日 令和 年 月 日
受付者 相談員

利用者

ふりがな		男・女	生年月日	M・T・S 年 月 日(歳)
氏名				
住所	〒			電話
介護保険申請	済 ・ 未 ()			
介護保険証	要支援(1・2)要介護 (1・2・3・4・5) 有効期間(R . . ~R . .)			
身体障害者手帳	有 (級) ・ 無		生活保護	有 (担当者) ・ 無

申請代理人 (手続きにお見えになったかた)

ふりがな		続柄	電話
氏名			

連絡者

ふりがな		続柄	電話
氏名			

ケアマネージャー 有・無 ソーシャルワーカー 有・無

氏名		居宅名 又は 病院名	電話:
----	--	------------------	-----

現在の居住場所

☐ 自宅 ☐ 入院中 ☐ 入所中	病院 又は 施設	名所 住所 入院・入所期間	年 月 日 から
---	----------------	---------------------	----------

病歴

--

◎入所したい理由

--

入所希望期間 年 月 日 ~ 年 月 日まで

現在の身体状況

移動	自立・見守り・一部介助・全介助	使用物品: 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 車椅子 (自走 可・不可)
食事	自立・見守り・一部介助・全介助	口から摂取・胃ろう・マゲンチューブ・点滴 形態: 主食 () 副菜 () 水分トロミ (有・無)
入浴	自立・見守り・一部介助・全介助	形態: 個人浴・チェアー浴・機械浴 シャワー浴・入浴してない
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	失禁: 有 : 無 使用物品: 布パンツ・パット・紙パンツ オムツ・シビン・安楽尿器
問題行動	無・有 (攻撃的行動・自傷行動・徘徊・妄想・異食・不穏行動 不潔行動・昼夜逆転・性的異常行動・その他)	

<連絡先>

〒311-1511 茨城県鉾田市柏熊985-1
介護老人保健施設 フロンティア鉾田 春の場所
TEL 0291-32-5408 FAX 0291-32-5517
入所申請受付者 : 支援相談員

令和元年5月1日より適用