

介護老人保健施設セントポーリア 予約申込書 (長期・短期)

利用希望者	フリガナ					男・女	〈生年月日〉			
	氏名						M・T・S	年	月	日
	現住所	〒 —				TEL — —				
介護保険証	被保険者番号									
	居宅介護事業所名							担当ケアマネ氏名		
	認定機関	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日								
	要介護認定	要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5								
<p>〈利用希望の動機・理由を記入して下さい。〉</p> <p>〈どのような状態になれば、在宅生活が可能ですか。〉</p>										
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
退所後について	<input type="checkbox"/> 自宅に帰る ・ <input type="checkbox"/> 施設入所									
身元引受人	フリガナ					続柄	〈生年月日〉			
	氏名						M・T・S	年	月	日
	現住所	〒 —				TEL — —				
現在の状況	①自宅で生活 主な介護者 (続柄:) ②入院中 病院名 () 入院期間 () ③施設入所中 施設名 () 入所期間 ()									
A D L	排泄	自立・一部介助・全介助	(トイレ・ホ-ダブル・オムツ・リハパン・バルーン・ストマ)							
	移動	自立・一部介助・全介助	(独歩・手引き・杖・歩行器・刈払-か-車椅子)屋外車イス							
	食事	自立・一部介助・全介助	嚥下障害(有・無)形態(普通・軟食・粥・刻み・パ-スト)経管栄養・絶食							
	入浴	自立・一部介助・全介助	(入浴・シャワー浴・機械浴・清拭・未実施)デイのみ入浴							
	睡眠	良好	眠剤:				認知症: 有・無			
病院受診状況	<input type="checkbox"/> 現在受診している <input type="checkbox"/> 現在受診していない 病院(医院)名 ()									
	主な病名									
	服薬 a無 b有									

注1 この申込書は入所を約束するものではありません。