

# 入 所 ・ 入 院 申 込 書

※新潟県下越圏域における「医療法人 愛広会」の申込書です。

申込日	西暦	年	月	日
-----	----	---	---	---

※ ご希望の施設に  を付けてください。

【介護付有料老人ホーム】  愛広苑壺番館  愛広苑参番館

【介護老人保健施設】  豊浦愛広苑  中条愛広苑  関川愛広苑

【 介護医療院 】  豊浦壺番館  尾山愛広苑

申込者 氏名 ㊞ 続柄： ( )

利用者	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	明 治	年	月	日
	氏 名		大 正	満 ( ) 歳		
	住 所	〒				
電話番号 ( )						

連絡先	ふりがな	続 柄	①	( )
	氏 名	電話番号 (携帯等)	②	( )
	住 所		③	( )

現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅療養中	かかりつけ医	受診の頻度	<input type="checkbox"/> 週 ・ <input type="checkbox"/> 月	回				
	<input type="checkbox"/> 医療機関入院中	居宅介護支援事業所名	介護支援専門員						
	<input type="checkbox"/> 施設入所中	医療機関名	入院日：西暦	年	月	日	退院(予定)日：西暦	年	月
		施設名	入所日：西暦				年	月	日

※入所・入院を希望する理由、主病名及び今までにかかった病名、現在の症状及び治療状況をわかる範囲でご記入下さい。

入所・入院目的	主 病 名	
	現在の症状及び治療状況	
	入院・入所を希望する理由	

社会保障関連等	介護保険	<input type="checkbox"/> 要介護： <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2・ <input type="checkbox"/> 3・ <input type="checkbox"/> 4・ <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 要支援： <input type="checkbox"/> 1・ <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中
	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者受給者証 ・ <input type="checkbox"/> 前期高齢者受給者証 ・ <input type="checkbox"/> 国保 ・ <input type="checkbox"/> 組合健保 <input type="checkbox"/> 共済 ・ <input type="checkbox"/> 政府管掌保険 ・ <input type="checkbox"/> 船員 ・ <input type="checkbox"/> 退職者医療 ・ <input type="checkbox"/> 生活保護
	助 成	<input type="checkbox"/> 標準負担減額認定 ・ <input type="checkbox"/> 県障医療受給者証 ・ <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者証
	身体障害者手帳	交付 年 月 日、期間 年 月 日 ~ 年 月 日 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 交付 年 月 日 級 障害名
年 金	<input type="checkbox"/> 国民 ・ <input type="checkbox"/> 厚生 ・ <input type="checkbox"/> 共済 ・ <input type="checkbox"/> 障害 ・ <input type="checkbox"/> その他 ( )	

※年金以外の「医療及び介護保険証」のコピーもあわせて添付してください。

同居家族	氏 名	続 柄	生 年 月 日	歳	職 業

他施設申請	(有 ・ 無)
	施設名

ご本人の日常生活の状況をお伺いします。当てはまる所に  をつけてください。

全 体 像	<input type="checkbox"/> 家庭内でならほぼ自立 <input type="checkbox"/> 家庭内で座っての生活が主 <input type="checkbox"/> ほぼ寝たきり			
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス ( <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> その他			
座 位 保 持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
移 乗 動 作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
立 位 保 持	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
起 き 上 が り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
寝 返 り	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 不可
麻 痺	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右： <input type="checkbox"/> 上肢・ <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 左： <input type="checkbox"/> 上肢・ <input type="checkbox"/> 下肢 ) <input type="checkbox"/> 無			
食 事	形 態：	主食	<input type="checkbox"/> ご飯 <input type="checkbox"/> お粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
		副食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	摂 取：	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		水分	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ ( <input type="checkbox"/> 昼のみ ・ <input type="checkbox"/> 夜のみ ・ <input type="checkbox"/> 終日 )			
	<input type="checkbox"/> 布パンツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ ( <input type="checkbox"/> 昼のみ・ <input type="checkbox"/> 夜のみ・ <input type="checkbox"/> 終日 )			
	<input type="checkbox"/> 紙おむつ ( <input type="checkbox"/> 昼のみ ・ <input type="checkbox"/> 夜のみ ・ <input type="checkbox"/> 終日 )			
	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
入 浴	<input type="checkbox"/> 家庭風呂 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
視 力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> ほとんど見えない
聴 力	<input type="checkbox"/> 普通		<input type="checkbox"/> 低下	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> 普通に取れる		<input type="checkbox"/> 半分くらい判断可能	<input type="checkbox"/> ほとんどとれない
睡 眠	<input type="checkbox"/> 良好		<input type="checkbox"/> 眠りが浅い	<input type="checkbox"/> 不眠
医 療 状 況	<input type="checkbox"/> 床ずれ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 気管切開			
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
精 神 状 態 行 動 障 害 等	<input type="checkbox"/> 問題あり	<input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想		
		<input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 大声を出す		
	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
特 記 事 項				