

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】 **愛広苑壱番館** **愛広苑参番館**

【介護老人保健施設】 **尾山愛広苑** **豊浦愛広苑** **中条愛広苑** **関川愛広苑**

【 病 院 】 **新発田リハビリテーション病院（医療・介護療養型病棟）**

申込者 氏名 続柄： ()

利用者	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 明治	年	月	日
	氏名		<input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 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 日頃
		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気、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	

社会保険	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"/> 未申請
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
助成	<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
交付	<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
年金	(<input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無) 交付 年 月 日 級 障害名 ()

※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
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 ()
精神状態等 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"/> 問題なし <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	