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】☐豊浦愛広苑　☐中条愛広苑　☐関川愛広苑

【　介護医療院　　】☐豊浦壱番館　☐尾山愛広苑

申込者　　氏名　　続柄：（　　）

利用者	ふりがな		☐男 ☐女	☐明治 ☐大正 ☐昭和	年　月　日
	氏名				満（　）歳
	住所	〒		電話番号	（　）
連絡先	ふりがな		続柄	電話番号（携帯等）	①（　）
	氏名				②（　）
	住所				③（　）

現在の状況	☐在宅療養中	かかりつけ医　　受診の頻度　☐週・☐月　回 居宅介護支援事業所名　　介護支援専門員
	☐医療機関入院中	医療機関名 入院日：西暦　年　月　日　退院(予定)日：西暦　年　月　日頃
	☐施設入所中	施設名 入所日：西暦　年　月　日
入所・入院目的	※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。**	
	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	☐要介護：☐1・☐2・☐3・☐4・☐5　☐要支援：☐1・☐2　☐未申請
	医療保険	☐後期高齢者受給者証・☐前期高齢者受給者証・☐国保・☐組合健保 ☐共済・☐政府管掌保険・☐船員・☐退職者医療・☐生活保護
	助成	☐標準負担減額認定・☐県障医療受給者証・☐特定疾患受給者証 交付　年　月　日、期間　年　月　日～　年　月　日
	身体障害者手帳	（☐有・☐無）　交付　年　月　日　級　障害名
	年金	☐国民・☐厚生・☐共済・☐障害・☐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	☐家庭内でならほぼ自立	☐家庭内で座っての生活が主	☐ほぼ寝たきり
移動	☐独歩	☐杖	☐歩行器	☐車イス（☐自立・☐介助）	☐その他
座位保持	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	☐不可
立位保持	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	☐不可
起き上がり	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	☐不可
寝返り	☐自立	☐見守り	☐一部介助	☐全介助	☐不可
麻痺	☐有（☐右：☐上肢・☐下肢　☐左：☐上肢・☐下肢）				☐無
食事	形態：主食	☐ご飯 ☐お粥 ☐ミキサー ☐その他（　）			
	形態：副食	☐常食 ☐刻み ☐ミキサー ☐その他（　）			
	摂取：食事	☐自立 ☐見守り ☐一部介助 ☐全介助			
	摂取：水分	☐普通 ☐トロミ ☐ゼリー ☐その他（　）			
	経管栄養	☐胃ろう ☐経鼻カテーテル ☐その他（　）			
排泄	☐自立	☐一部介助	☐全介助	☐その他（　）	
	☐ポータブルトイレ（☐昼のみ・☐夜のみ・☐終日）				
	☐布パンツ ☐リハビリパンツ（☐昼のみ・☐夜のみ・☐終日）				
	☐紙おむつ（☐昼のみ・☐夜のみ・☐終日）				
	☐膀胱留置カテーテル ☐ストマ ☐その他（　）				
入浴	☐家庭風呂	☐特殊浴槽	☐その他（　）		
視力	☐普通	☐低下	☐ほとんど見えない		
聴力	☐普通	☐低下	☐ほとんど聞こえない		
意思疎通	☐普通に取れる	☐半分くらい判断可能	☐ほとんどとれない		
睡眠	☐良好	☐眠りが浅い	☐不眠		
医療状況	☐床ずれ	☐酸素療法	☐インシュリン注射	☐気管切開	
	☐吸引	☐その他（　）			
精神状態行動障害等	☐問題あり	☐暴言 ☐暴力 ☐不潔行為 ☐徘徊 ☐被害妄想			
		☐異食 ☐介護抵抗 ☐火の不始末 ☐大声を出す			
	☐問題なし	☐幻覚 ☐妄想 ☐その他（　）			
特記事項					