

## こうふく園入所申込書(2)

入居希望者氏名			受付日	令和	年	月	日
主たる介護者名	同居・別居		続柄		介護歴	約	年 ケ月
介護者の生年月日	昭・平 年 月 日	年齢		才	職業		
希望者の現況	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他						
希望者の現況場所	市・町・村	名称					
担当介護支援専門員		事業所名					
※ 下記のいずれかに該当するものに○又はレ点をご記入ください。							
負担限度額認定証 [ 有 · 無 ] 申請中							
身体障害者手帳 [ 有 · 無 ] 有一[ 種 級 ] 申請中							
障害: <input type="checkbox"/> 視覚障害 <input type="checkbox"/> 聴覚障害 <input type="checkbox"/> 言語障害							
麻痺: <input type="checkbox"/> 麻痺がある [ 部位: 左上肢 · 右上肢 · 左下肢 · 右下肢 · その他 ]							
移動: <input type="checkbox"/> 自立歩行 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 押し車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 寝たきり							
排泄: <input type="checkbox"/> トイレ(一人で行ける・介助が必要) <input type="checkbox"/> リハパン <input type="checkbox"/> オムツ [ 昼夜 · 夜間のみ ]							
食事: <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養							
病院名		担当医師					
病名							
備考	※ 必要な事項等あればご自由にご記入ください。						

※ 右上欄の受付日は記入しないで下さい。