

## こうふく園入所申込書(2)

入居希望者氏名			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>受付日</span> <span>令和    年    月    日</span> </div>			
主たる介護者名	同居・別居	続柄		介護歴	約    年    ヶ月	
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				
<p>※ 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。</p> <p>負担限度額認定証 [ 有   ・   無 ] 申請中</p> <p>身体障害者手帳    [ 有   ・   無 ] 有→[       種           級]       申請中</p> <p>障害: <input type="checkbox"/>視覚障害    <input type="checkbox"/>聴覚障害    <input type="checkbox"/>言語障害</p> <p>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</p> <p>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</p> <p>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]</p> <p>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</p>						
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。