**葛 飾 区 内 介 護 老 人 保 健 施 設 利 用 申 込 書 ( 入 所 )**

　　　　　　　　　　　施設長あて　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申　込　者 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　本人　・　家族（続柄：　　　　）　・　その他（　　　　　　） |
| 住所 |
| 連絡先　　　　　　　（　　　　　） |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 利　用　者 | ふりがな　　　　　　　　　 男氏　名　　　　　　　　　　 女 | 生年月日　　明　・　大　・　昭年　　　月　　　日　　　　　歳 |
| 住所　〒　　　－　　　　　葛飾区　　　　　　　　丁目　　　番　　　　　　　号　電話　　　　（　　　　）　　　　　　　　 |
| 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 要介護状態区分 | 要介護　（　1　・　2　・　3　・　4　・　5　） |
| 認定の有効期間 | 　　　　年　　　月　　　日　　から　　　　年　　　月　　　日　まで |
| 連絡先（緊急時） | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄 |
| 住所 |
| 電話　自宅　　　（　　　　）　　　　　勤務先等 |
| 希　望　居　室 | 　4人部屋　　　・　　2人部屋　　　・　　個室 |
| 現在の状況 | 1　在宅で生活中2　入院中　　　医療機関名3　施設入所中　施設名 | 病名服薬名 |
| 居宅介護支援事業者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当者名　　　　　　　　　　　　　　　　電話　　　（　　　　） |
| 本　人　の　状　況（該当するものを〇で囲んでください）移動：　　自立　・　一部介助　・　全介助　　　　　　　独歩　・　杖歩行　・　歩行器使用　・　車いす　・　その他（　　　　　　　）食事：　　自立　・　一部介助　・　全介助　　　（　胃ろう　・　経管栄養　）　　　　　　　主食　（　常食　・　粥　）　副食　（　常菜　・　きざみ　・　ミキサー　）排泄：　　自立　・　一部介助　・　全介助　　　　　　　ポータブル　・　おむつ使用（　常時・夜間のみ　）　・　バルーンカテーテル認知症：　有　・　無　　　　　　　問題行動：　徘徊　・　不潔行為　・　その他（　　　　　　　　　　　　　）感染症：　有　・　無 |
| 施設への希望 | 施設処理欄 |

☆この利用申込書のほかに、診療情報提供書等が必要となります。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　2024.12