

施設利用申込書

尚古園

サテライト特養尚古園

短期利用

※希望申し込みに

受付年月日 平成 年 月 日 受付者 ()

ふりがな			男	生年月日 明治・大正・昭和			
氏名	(印)		・	年 月 日 (歳)			
住所	(〒 -)			☎			
申込者 (身元引受人)	氏名 (続柄)			携帯			
	(〒 -)			☎			
緊急連絡先	氏名 (続柄)			携帯			
	(〒 -)			☎			
介護保険	被保険者番号		保険者番号				
	要介護度						
居宅介護 支援事業者	事業所名:			☎			
	担当介護支援専門員:						
かかりつけ医	病院名		主治医				
日常生活の現状に○をつけてください							
視力	・普通 ・弱視 ・全盲			自分で可	見守り	一部介助	全介助
聴力	・普通 ・やや難聴 ・難聴		食事				
言葉	・普通 ・少し不自由 ・不自由		入浴				
褥瘡	・無 ・有 (部位・程度)		排泄				
おむつ	・無 ・有 (昼夜・夜のみ)		衣服着脱				
認知症	・無 ・有 (軽度・中度・重度)		歩行移動				
徘徊	・無 ・有 (昼夜・昼のみ)			歩行手段 ()			
年金	・無 ・有 (年金)		身障者手帳	無・有 (種 級) (障害名)			
現在の 居所	・自宅 ・病院 () ・介護保険施設 () ・その他 ()						
既往歴・現病・入院歴等 (詳しく)			家族構成				

生活歴・特記事項等は裏面にご記入ください。

社会福祉法人 善隣会

